

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Políticas de Saúde Mental no Brasil:  
O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica  
(10.216/01)**

Rosemary Corrêa Pereira

Rio de Janeiro  
2004

Políticas de Saúde Mental no Brasil:  
O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica  
(10.216/01)

Rosemary Corrêa Pereira

Tese apresentada à Escola Nacional de  
Saúde Pública Sergio Arouca da  
Fundação Oswaldo Cruz como requisito  
parcial para obtenção do título de Doutor  
em Ciências na área de Saúde Pública

Orientador:  
Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro  
2004

Catálogo na fonte  
Centro de Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

P436p Pereira, Rosemary Corrêa  
Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de  
formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). /  
Rosemary Corrêa Pereira. Rio de Janeiro : s.n., 2004.  
244 p.

Orientador: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho  
Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de  
Saúde Pública.

1.Saúde mental-Brasil. 2.Política de saúde.  
3.Psiquiatria-legislação & jurisprudência. 4.Psiquiatria-  
tendências. 5.Reforma dos serviços de saúde. I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.20981

## **Agradecimentos**

Ao **Instituto Franco Basaglia** e ao **Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental** (Ensp/Fiocruz) pela disponibilização do acervo documental e bibliográfico.

A **Capes** pelo financiamento que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho.

A Equipe do LAPS, pelo apoio administrativo e amigo, em especial a **Claudia Pacheco, Cláudio Guimarães, Thiago França e Isaias Arouca**.

Ao **Prof. Paulo Amarante**, pela amizade, confiança, e orientação sempre afetiva durante estes quase dez anos de trabalho conjunto.

A **Profª Maria Eliana Labra** pelas sugestões que abriram novas possibilidades para o desenvolvimento deste trabalho.

A **Profª Ilara Hämmerli**, Diretora Geral do Centro de Informações em Saúde, SES/RJ, pelo apoio compreensivo e solidário que possibilitou a finalização deste trabalho.

Aos amigos da SES/RJ, em especial a **Vanda Orenha, Jaqueline Mesquita, Ingrid Jann, Eduardo Moioli e Cíntia Curioni**, pela parceria, sempre efetiva e afetiva.

A **Claudia, Tatiana, Esther, Ana Cristina, Cristiano, Fernando, Lia e Alan**, parceiros do cotidiano nunca rotineiro do IFB.

A **Domingos Sávio**, pelas ‘dicas’ sempre fundamentais, e apoio efetivo para realização deste trabalho.

A **Pedro Gabriel** pelo incentivo, confiança, e carinho com que acompanhou esses últimos anos.

Aos amigos de ontem, hoje e sempre, pela solidariedade e paciência pelos limites impostos pela ‘vida de doutoranda’, em especial a **Valéria Lagrange, Pilar Belmonte, Marco Aurélio Jorge, Arnaldo Agrícola, Cleide Oliveira, Nina Soalheiro e Leandra Brasil**.

A **Joaquim Ferreira** pelo carinho, compreensão, e parceria fundamental na reta final de elaboração deste trabalho.

A **minha família**, pela solidariedade, compreensão, apoio, e paciência pela vida enlouquecida que levei durante os anos deste percurso.

Meu carinho especial a minha sobrinha, **Helen**, e a minha mãe, **Marli**, que conseguiram suportar o meu desespero dos últimos meses, sempre apostando ‘que um dia isso terminaria’.

E, a meu tio **Adhemar**, cuja partida entristeceu grande parte dessa caminhada: Saudades e carinho eterno.

*“Quello che lo stato può fare sono le leggi, ma le leggi, a loro volta, sono un’astrazione se non vengono applicate (...) La legge dunque esprime un dover essere, non una realtà.” (Franco Basaglia, 1982b, p.475).*

## Resumo

A história da psiquiatria foi marcada pela relação deste saber com as questões sociais e políticas. A psiquiatria pode ser considerada uma ciência política, tendo em vista que o seu nascimento se deu a partir de exigências políticas e sociais.

O processo de formulação de uma política assume as nuances características dos contextos em que ele se desenvolve. Partimos do pressuposto que as propostas de organização de instrumentos normativos neste campo estão intrinsecamente relacionados ao próprio saber psiquiátrico e aos seus contextos sociais e políticos.

Neste trabalho foi desenvolvida uma análise do processo de formulação da política atual em saúde mental do nosso país. O fio condutor dessa análise foi o debate legislativo que caracterizou o processo de formulação da Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica (10.216), iniciado com a apresentação do Projeto de Lei 3657, à Câmara dos Deputados em 1989, e sua aprovação final em 2001.

O estudo foi desenvolvido a partir uma abordagem qualitativa, sendo utilizadas as contribuições das ciências sociais para análise de políticas. Como estratégia de aproximação do objeto de estudo, foi realizada uma pesquisa documental abrangente, tendo como eixo principal o debate legislativo. Foram consultados os documentos de tramitação do projeto de lei no Congresso Nacional, e outros que abordavam esta temática. Durante o processo de análise identificaram-se os principais atores, grupos de interesses, e cenários nos quais o debate legislativo se desenvolveu. Buscou-se ilustrar a dinâmica presente, e a forma como ela foi se conformando nas diferentes etapas do processo.

Durante o percurso do debate legislativo, a Câmara dos Deputados se mostrou mais permeável ao ideário colocado pelo movimento social em saúde mental, que defendia a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos. No período de tramitação no Senado se estabeleceram as ocasiões que permitiram o veto das proposições. A discussão no Senado Federal fez com que a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos fosse modificada, dando lugar a reorientação do modelo assistencial que mantinha as estruturas hospitalares como um dos recursos integrantes desse modelo.

A elaboração de um instrumento legal não pode ser entendida como um objetivo em si, mas sim um passo estratégico no sentido de organização de um novo aparato que venha servir como facilitador na criação de novos contextos, sejam sociais ou políticos.

Palavras chave: Formulação de Políticas; Política de Saúde; Legislação Sanitária; Saúde Mental

## Abstract

The history of psychiatry is marked by its relations with political and social issues. Psychiatry can be considered a political science since it's originated from social and political demands.

A policy formulation process appropriates distinctive subjects from the context in which it's developed. We assume that the normative instruments organization proposals in this field are closely related to the psychiatric knowledge and its social and political contexts.

In the present work an analysis of the Brazilian current mental health policy formulation process was developed. The guiding line of this analysis was the legislative debate that characterized the formulation process of the Psychiatric Reform national law (10.216) that was initiated with the presentation of law project 3657 to the House of Representatives in 1989, and its final approval in 2001.

The study was developed from a qualitative approach with the political analysis contributions from the social sciences. A documentary research of the legislative debate was carried through as an approach strategy of the study object. The law project procedures documents in the National Congress were consulted along with others that approached this thematic. The main actors, groups of interest and scenes in which the legislative debate were developed were established during the analysis process. The goal was to illustrate the dynamics present at the process and the way it was being conformed in the different stages of the process.

During the legislative debate, the House of Representatives was more penetrable by the ideals placed by the mental health social movement that defended extinguishing the psychiatric hospitals. The occasions where veto to the proposals in quarrel (veto points) was allowed where established in the Senate. The debate in the Federal Senate modified the proposal of psychiatric hospitals extinction giving place to an assistance model reorientation that kept hospital structures as part of this model.

A legal instrument elaboration cannot be understood as an objective in itself, but as a strategic step towards a new apparatus organization that comes to facilitate the creation of new contexts, either social or political.

Key-words: Policy making; Health Policy; Legislation, Health; Mental Health

# Sumário

<u><i>Lista de Abreviaturas</i></u>	<u>11</u>
<u><i>Introdução</i></u>	<u>12</u>
<u><i>Capítulo 1</i></u>	
<u><i>O caminho da pesquisa: estratégias teórico-metodológicas</i></u>	<u>16</u>
1.1. Análise de Produção de Políticas.....	18
1.2. Método e técnicas de pesquisa.....	25
<u><i>Capítulo 2</i></u>	<u>28</u>
<u><i>Psiquiatria e Lei: nascimento da psiquiatria e a sua crítica radical</i></u>	<u>28</u>
2.1. O nascimento da psiquiatria e a sua relação com os aspectos jurídicos.....	29
2.2. Franco Basaglia: a crítica radical à psiquiatria, seus poderes e instituições.....	38
<u><i>Capítulo 3</i></u>	
<u><i>Psiquiatria no Brasil: organização do aparato legislativo (1841-1934)</i></u>	<u>45</u>
<u><i>Capítulo 4</i></u>	
<u><i>O cenário internacional de renovação das normatizações em psiquiatria</i></u>	<u>70</u>
4.1. A Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana – Lei 180, 13 de maio de 1978.....	71
4.2. Declaração de Caracas – Conferência para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina.....	79
4.3. Resolução 46/119 da Organização das Nações Unidas (ONU), 17 de dezembro de 1991.....	82
4.4. Lei de Atenção à Saúde Mental: Dez princípios básicos da Organização Mundial de Saúde.....	85
4.5. Inovações no contexto internacional de construção da garantia de direitos dos doentes mentais.....	87
<u><i>Capítulo 5</i></u>	
<u><i>O surgimento do Projeto de Reforma Psiquiátrica no Brasil</i></u>	<u>90</u>
<u><i>Capítulo 6</i></u>	
<u><i>O processo legislativo: da apresentação do Projeto de Lei 3657 de 1989 à promulgação da Lei 10.216 de 2001</i></u>	<u>107</u>
6.1. O processo decisório no Congresso Nacional.....	107
6.2. A apresentação do Projeto de Lei 3657/89 à Câmara dos Deputados e sua discussão em primeiro turno: 1989-1990.....	108
6.3. O contexto do processo legislativo no Senado Federal.....	114
6.3.1. As Leis Estaduais.....	114
6.3.2. II Conferência de Saúde Mental: Atenção Integral e Cidadania.....	117
6.3.3. O Ministério da Saúde e a criação de dispositivos para reorientação do modelo assistencial.....	119
6.4. O processo legislativo no Senado Federal: 1991-1999.....	119
6.5. O retorno à Câmara dos Deputados: Discussão e votação em segundo turno (1999-2001).....	147
<u><i>Capítulo 7</i></u>	
<u><i>O debate entre atores e grupos de interesses: cidadania, ciência e hospital psiquiátrico</i></u>	<u>158</u>
7.1. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial: a luta pela cidadania, democracia e garantia de direitos.....	159



<u>7.2. A “psiquiatria científica-acadêmica”: o asilo e o hospital modernizado.....</u>	<u>162</u>
<u>7.3. Os familiares dos doentes mentais: o fantasma da desassistência.....</u>	<u>172</u>
<u>7.4. Os empresários da doença mental: as restrições ao mercado.....</u>	<u>177</u>
<b>Capítulo 8</b>	
<b>Considerações Finais</b>	<b>179</b>
<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>185</b>
<b><u>DA PROTEÇÃO À PESSOA E BENS DOS PSICOPATAS</u></b>	<b><u>209</u></b>
<b><u>Projeto de Lei N° 3.657-A, de 1989</u></b>	<b><u>213</u></b>
<b><u>PROJETO DE LEI DA CÂMARA N° 8, DE 1991</u></b>	<b><u>216</u></b>
<b><u>(N° 3.657B, de 1989, na Casa de Origem)</u></b>	<b><u>216</u></b>

## **Lista de Anexos**

Anexo I – Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934

Anexo II – Projeto de Lei nº 3.657-A, de 1989.

Anexo III – Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657B, de 1989, na Casa de Origem)

Anexo IV – Emenda Substitutiva ao PLC 8, de 1991 – Senador José Paulo Bisol

Anexo V – Emendas apresentadas à CAS – Senador Lúcio Alcântara

Anexo VI – Emenda nº4 – CAS – Substitutivo ao PLC nº8, de 1991 – Senador Lucídio Portella

Anexo VII – Emenda nº 9-Plenário – Substitutivo ao PLC nº8, de 1991 – Senador Sebastião Rocha

Anexo VIII – Redação Final do Substitutivo do Senado ao PLC nº 8, de 1991 (nº3.657, na Casa de Origem)

Anexo IX – Redação Final do Projeto de Lei nº 3.657-D, de 1989

Anexo X – Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

Anexo XI – Perfil dos Parlamentares – Tramitação no Congresso Nacional – Dados Selecionados

## **Lista de Abreviaturas**

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria  
AFDM – Associação de Familiares dos Doentes Mentais  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAS – Comissão de Assuntos Sociais  
CCJR – Comissão de Constituição e Justiça e de Redação  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental  
CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro  
CSMC – Comissão de Saúde Mental do Cebes  
CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família  
FBH – Federação Brasileira de Hospitais  
MNLA – Movimento Nacional de Luta Antimanicomial  
MS – Ministério da Saúde  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
PLC – Projeto de Lei da Câmara  
REME – Movimento de Renovação Médica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
WHO – World Health Organization

## Introdução

Este trabalho analisa o processo de formulação da política atual em saúde mental do nosso país, tendo como fio condutor o debate legislativo em torno da Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica (10.216) aprovada e promulgada em 2001, após doze anos de tramitação e debates no Congresso Nacional. Procurou-se delimitar os atores, grupos de interesses e cenários envolvidos no debate legislativo.

O Projeto de Lei que a originou ficou conhecido como Projeto Paulo Delgado, por ter sido este deputado que o apresentou na Câmara dos Deputados em setembro de 1989. A luta pela aprovação deste projeto de lei tornou-se emblemática, representando não só a defesa pelo seu texto, mas também de todo um ideário de transformação da assistência psiquiátrica e de luta por direitos sociais.

Da mesma forma que o projeto suscitou movimentos favoráveis à sua aprovação, ele provocou reações contrárias de determinados grupos. Ambos se organizaram de modo a influenciar o processo decisório no âmbito legislativo. A aprovação do texto final da lei, bastante alterado em relação ao original, deu-se a partir da organização de forças entre esses dois ideários, que, de maneira singular, provocaram um amplo debate tanto no interior do parlamento brasileiro, quanto na sociedade em geral.

Em grande parte do meu percurso profissional no campo da saúde mental pude acompanhar como esse debate ecoava no cotidiano dos profissionais, familiares, usuários, e na sociedade em geral. Muitas vezes pude presenciar debates calorosos entre grupos defensores e opositores das idéias contidas no projeto de lei. Em praticamente todos os eventos, sejam seminários, congressos, e outros, em que participei no período de debate legislativo, o tema da revisão legislativa estava presente, fosse na programação oficial dos eventos, fosse nas discussões entre os participantes. Somando-se a essa discussão, de certa forma, interna ao campo da saúde mental, houve um grande número de entrevistas e discussões nos meios de comunicação, e incontáveis matérias publicadas em jornais de circulação nacional.

Enfim, o projeto de lei efetivamente colocou em pauta, nos diversos setores sociais, a questão da loucura, dos direitos humanos e sociais, e as formas de tratamento no campo da psiquiatria, provocando uma reflexão sobre a relação da sociedade com a questão da loucura.

O impacto que a idéia de viver em uma “sociedade sem manicômios” provoca no imaginário social sempre me intrigou, e provocou o desenvolvimento de um trabalho anterior no curso de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública -

Fiocruz (Pereira,1997). Neste trabalho estudei as representações sociais em torno da loucura a partir de dois grupos de familiares, um que tinha proximidade com o modelo hospitalar, e outro com um novo serviço, criado nos moldes da atenção psicossocial. Pude observar como os serviços de saúde podem provocar repercussões na forma dos familiares lidarem com a questão da loucura, da doença mental. Pudemos pensar, a partir dessa observação, que o próprio aparato técnico-científico da medicina psiquiátrica veio possibilitar uma forma determinada das sociedades lidarem com a loucura, ou seja, como diz o dito popular: *“lugar de louco é no hospício”*.

O projeto de lei, em estudo, trazia em sua proposta original uma negação deste entendimento, na medida em que propunha a extinção dos hospitais e sua substituição por outras formas de atenção. Seria então possível viver sem hospícios? Para onde iriam os loucos então? É possível tratar a doença mental fora do aparato hospitalar? E como ficaria a psiquiatria sem o dispositivo a partir do qual ela fundou seu próprio saber?

Essas são apenas algumas questões que foram colocadas em cena na discussão sobre o projeto, e, que em certa medida, estiveram presentes no debate legislativo estudado nesse trabalho.

Diversamente de outras áreas em que as discussões eram protagonizadas exclusivamente pelo corpo técnico especializado, a saúde mental teve como atores privilegiados, não só os profissionais da área, mas também outros setores da sociedade. A participação ativa dos usuários, familiares e do movimento social em torno da luta por uma sociedade sem manicômios tornou-se cada vez mais preponderante e singular na história brasileira.

Pensamos que o ideário do movimento social em torno da saúde mental influenciou significativamente na configuração das políticas de saúde mental características do Projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira, tendo participado tanto da formulação da demanda quanto das propostas de transformação.

A conjugação entre os interesses da classe médica, das associações de familiares e usuários, dos profissionais de saúde, e de tantos outros atores, trouxe um novo colorido, enriquecendo assim todo o processo de formulação das políticas na área.

Como forma de abordar o objeto em estudo foi utilizada a metodologia de análise de políticas, em que os cenários, atores e instituições envolvidos se relacionam de forma dinâmica no processo da produção de políticas.

O campo de pesquisa foi desenvolvido através de consulta a fontes históricas, a bibliografia relacionada ao tema e aos debates no Congresso Nacional, através de documentos oficiais de tramitação do projeto de lei. Em outras palavras, o campo de

pesquisa foi o debate em torno da lei, tal como ocorreu no âmbito do Congresso Nacional; como os atores, os interesses, as estratégias de enfrentamento, chegavam e eram desdobrados no cenário maior da tomada de decisão quanto à sua aprovação.

Buscamos com isso poder nos aproximar de como ocorreu a transformação de um interesse de um grupo específico em um tema geral, de significado político, relacionado a toda a sociedade brasileira, que culminou na criação de uma norma jurídica de garantia de direitos sociais a uma parcela da população, que pode ser considerada inovadora em nosso país.

Pretendemos contribuir para o próprio percurso da reforma psiquiátrica brasileira, em curso no nosso país, na medida em que os atores, e o ideário presentes na discussão legislativa ainda se mantêm, em diferentes medidas, na arena de discussões e decisões, agora fora do âmbito parlamentar, no próprio processo de implantação da política.

O primeiro capítulo deste trabalho apresenta as opções teórico-metodológicas que nortearam a pesquisa, ou seja, a inserção do objeto de estudo no campo das ciências sociais, e a metodologia para análise de produção políticas.

As relações entre psiquiatria e lei presentes no nascimento da psiquiatria e na crítica construída pela experiência da psiquiatria democrática italiana estão presentes no segundo capítulo, que parte dos estudos de Robert Castel (1978) sobre o nascimento da psiquiatria no contexto francês e chega ao rico processo de crítica à psiquiatria e suas instituições na matriz do pensamento basagliano.

Construiu-se então um resgate histórico dos documentos legais no campo da psiquiatria no nosso país, buscando contextualizar o seu surgimento.

O quarto capítulo identifica e analisa as principais tendências de renovação na legislação psiquiátrica no contexto internacional, em que a garantia de direitos ganha força, contextualizando assim, a experiência brasileira discutida nos capítulos posteriores.

Passa-se então analisar o próprio processo de formulação da política de saúde mental brasileiro, que é desenvolvido em três capítulos consecutivos. Um primeiro que apresenta os antecedentes da elaboração do projeto de lei, situando o surgimento da necessidade de mudanças na legislação existente na época. Então, analisa-se o próprio processo de tramitação do projeto de lei no poder legislativo, buscando configurar as discussões presentes e identificar as principais linhas de argumentação desenvolvidas ao longo dos doze anos de percurso legislativo.

A partir da análise do percurso legislativo e da revisão documental e bibliográfica foram identificados quatro principais atores/grupos de interesse que são descritos e analisados no penúltimo capítulo deste trabalho.

Finalizando o trabalho, alguns pontos importantes da análise desenvolvida são retomados e apresentam-se possíveis caminhos e desafios para o campo das políticas de saúde mental em nosso país.

## Capítulo 1

### O caminho da pesquisa: estratégias teórico-metodológicas

A pesquisa em ciências sociais tem especificidades decorrentes do seu próprio objeto de análise e campo de estudos. A construção de um projeto de pesquisa no campo das ciências sociais deve levar em consideração essas especificidades e pressupor a utilização de ferramentas deste campo para o entendimento e conhecimento da realidade.

O nosso objeto de estudo tem uma filiação explícita ao campo das ciências sociais, e assim a proposta de trabalho desenvolvida teve como elementos norteadores os pressupostos básicos para o desenvolvimento de pesquisas nesta área. Compartilhamos a caracterização das especificidades das Ciências Sociais feita por Minayo (1994). O primeiro aspecto é que o seu *objeto é histórico*, ou seja, existe em um determinado recorte espaço-temporal, o que faz com que os atores, instituições, grupos sociais estejam inseridos em um contexto delimitado, estando em contínua transformação. Desta forma, o objeto da pesquisa em Ciências Sociais possui um aspecto dinâmico tanto na sua estrutura quanto na organização.

Em decorrência dessa caracterização, o objeto de estudo tem *consciência histórica*, ou seja, é decorrência do seu tempo histórico, das conjunturas históricas, políticas e sociais. Todos os atores envolvidos no processo, sejam instituições, grupos estudados ou pesquisadores, são produtos do seu tempo histórico.

O compartilhar do tempo histórico entre grupos estudados e pesquisadores introduz a terceira característica específica das Ciências Sociais, é a *identidade entre o sujeito e o objeto de investigação*. Embora estejam em posições diferentes, possuem um fundamento comum: a investigação sobre os seres humanos, que os torna comprometidos e solidariamente envolvidos.

As Ciências Sociais são *intrinsecamente e extrinsecamente ideológicas*. A ciência não é isenta em si, ela veicula interesses, formas de entendimento, posicionamentos políticos, construídos historicamente: “A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho.” (Minayo, 1994, p.21).

Entretanto, não se pode deixar de considerar que a pesquisa é sempre uma tentativa de objetivação do conhecimento (Minayo, 1994), ou seja, através do arsenal teórico e metodológico disponível e selecionado busca-se uma aproximação da



realidade, porém sempre mantendo uma leitura crítica dos limites e implicações característicos desse processo.

A última especificidade das Ciências Sociais é que o *seu objeto é essencialmente qualitativo*, pois envolve categorias de base histórica, cultural, política e ideológica, cuja apreensão só é possível através de estratégias que privilegiem esse aspecto, e que levem em consideração que “o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.” (Minayo, 1994, p.22).

Desta forma, a pesquisa aqui proposta leva em consideração o seu caráter histórico, e singular, e procura manter uma postura crítica constante de maneira a ponderar a inserção e implicação do pesquisador com o seu objeto, estratégias e resultados do estudo.

A definição das ferramentas metodológicas, tanto teóricas como os instrumentos para a pesquisa de campo, pode ser um recurso útil para facilitar o trabalho do pesquisador na tentativa de aproximação e diálogo com a realidade. Entendemos que metodologia envolve tanto as concepções teóricas quanto as estratégias técnicas para conhecimento da realidade. Desta forma, neste capítulo apresentaremos aspectos teóricos que embasaram as estratégias metodológicas para abordagem do nosso objeto de estudo.

Introduziremos a discussão sobre análise de produção de políticas buscando delimitar a utilização desta estratégia no escopo deste trabalho. Em seguida apresentaremos as opções e abordagens utilizadas no desenvolvimento do trabalho de campo.

## 1.1. Análise de Produção de Políticas

No âmbito deste trabalho estaremos abordando o processo de produção de políticas públicas, para tal buscaremos retomar algumas concepções relacionadas ao termo política de uma forma mais geral, para então delimitar os aspectos próprios desse campo.

O termo política é derivado do adjetivo originado de *polis* (*politikós*) significando tudo o que se relaciona à cidade, e assim ao que é urbano, público e social (Bobbio, 2000). A partir da obra clássica de Aristóteles, intitulada *Política*, o termo foi perdendo seu sentido original e caminhando para uma aproximação com o estudo das atividades humanas relacionadas com o Estado, e o governo. Parte assim de um adjetivo que caracteriza tudo relacionado à cidade para designar um dos aspectos da vida nas cidades.

O conceito de política tem ligação estreita com o de poder. Poder é guiado tanto pelo interesse de quem governa quanto de quem é governado:

*“Para determinar o que o âmbito da política abrange, não se pode prescindir de especificar as relações de poder que em toda sociedade se estabelecem entre indivíduos e grupos, entendendo-se poder como a capacidade de um sujeito influir, condicionar e determinar o comportamento de outro indivíduo. O vínculo entre governantes e governados, no qual se dissolve a relação política principal, é uma relação típica de poder.”* (Bobbio, 2003, p.137).

A característica fundamental do poder político é a capacidade do uso da força, coerção, ou seja, tem a primazia do fazer cumprir aquilo que determina. O conceito de poder é extremamente importante para os estudos de política, como também para o do direito. Bobbio (2001) afirma que embora sejam usados em ambos campos de estudo, raramente se referenciam. Não existe diálogo entre essas duas formas de abordagem do conceito de poder.

Esta relação se torna interessante ao nosso estudo tendo em vista que o direito é por natureza o campo de criação de normas jurídicas, de leis. Desta forma encontramos a questão do poder tanto no próprio conceito de política, como no processo de criação de normas jurídicas que muitas vezes sustentam as diversas políticas em prática, e expressam relações de poder.

Um dos pontos fundamentais quando se enfoca a questão da política é o processo de decisão, ou seja, a forma como as idéias, posições, valores são

institucionalizados. Lindblom (1981) ressalta que existem duas questões fundamentais no processo decisório: a eficácia na resolução de problemas (o quanto determinada decisão política vem responder às necessidades que a tornaram necessária), e a sensibilidade ao controle popular (o quanto o processo é permeável à participação da sociedade e dos cidadãos). A posição de Lindblom implica que esses dois pontos sejam levados em consideração em todo o processo de formação de políticas, buscando assim garantir a manutenção dos interesses primordiais de qualquer política, isto é, a adoção de medidas que respondam às necessidades socialmente evidenciadas, construídas com a participação dos cidadãos.

Os objetivos e finalidades ao serem alcançados pela política são aqueles considerados prioritários para o grupo, que assegura que os fins da política estão sempre em processo de mudança, não sendo assim constantes. Não se pode falar então em um objetivo fundamental, ou primordial em termos de política pública, o que existem são finalidades determinadas histórica e socialmente.

Para que um tema torne-se objeto de políticas específicas é necessário que seja considerado relevante para o conjunto de pessoas e instituições que constituem a sociedade e o Estado.

As finalidades das ações políticas são plurais, sem que se possa defender a existência de um fim único. Esta definição de finalidades se dá através da eleição de prioridades pelos grupos envolvidos na formulação das políticas (Bobbio, 2000).

Ao falar em políticas públicas, pensa-se de um grupo de ações e estratégias do Estado em relação a um determinado campo ou tema.

Vianna (1996) afirma que a formulação de políticas públicas é o próprio “Estado em ação”, ou seja, “o modo de operar do Estado, que se traduz no ato de ‘fazer’ políticas públicas.” (p.5).

A formulação de estratégias através das quais a sociedade lida com um tema específico se dá sempre em um determinado contexto social, econômico, político e histórico. A saúde, por exemplo, é tomada como objeto de preocupação e intervenção do Estado em momentos sócio-históricos particulares. Os conceitos que envolvem a saúde, e as ações criadas a partir desses entendimentos são específicos, e resultado de um processo histórico social, que tem atores, instituições, cenários, e aspectos relacionais diversos.

O campo da psiquiatria também obedece a esse princípio, que determina de forma fundamental a própria configuração desta disciplina, como será discutido no capítulo seguinte.

O desfecho de uma história se dá de uma forma ou de outra, dependendo dos personagens, dos cenários, e das relações existentes entre todos envolvidos. A formulação de políticas públicas também obedece a essa lógica.

Um processo de formulação de políticas públicas incorpora algumas etapas desde a colocação de um tema como relevante até a avaliação das políticas implementadas a partir desse problema.

Alguns autores vêm utilizando diferentes termos para designar as fases das políticas (Lindblom 1981, Vianna, 1996, Labra, 2002), porém com alguma coerência e similaridade nas definições utilizadas. No escopo deste trabalho será adotada a nomenclatura utilizada por Vianna (1996) para as fases das políticas.

Vianna (1996) situa quatro fases na vida de uma política: construção da agenda, formulação de políticas, implementação de políticas, e avaliação de políticas (p.6).

Para facilitar o entendimento do processo dinâmico das políticas é importante conhecer as especificidades de cada fase que o constitui.

A primeira fase é caracterizada pelo momento em que um tema passa a ser considerado como um problema relevante para a sociedade e/ou para o Estado. Em outras palavras, é o momento de problematização de um tema, a partir do que são delineadas intenções de resolução da questão.

Com isso chega-se à segunda fase, que é a formulação propriamente dita. Neste momento, após a identificação do problema a ser enfrentado, buscam-se alternativas de resolução, representadas na forma de ações.

Da problematização chega-se a possibilidades de resolução, para então serem construídas efetivamente propostas de mudança. Passa-se da decisão para a execução. Neste momento é preciso colocar em prática, configura-se então a fase de implantação das políticas.

Após serem implementadas, as políticas precisam ser avaliadas, para que seja possível observar se o caminho tomado está respondendo, ou não, às questões colocadas inicialmente. A fase de avaliação permite a retroalimentação do processo, recolocando, quando necessário, a exigência de se retomar o processo de formulação das políticas.

Embora seja possível delimitar as diversas fases das políticas, não é possível situar a análise em uma fase especificamente sem levar em consideração os demais aspectos envolvidos no processo como um todo, nem exigir uma “ordem natural” do processo. Ou seja, não é possível supor uma rigurosidade total no desenrolar de cada fase, e/ou na sua seqüencialidade.

Lindblom (1981) afirma que para o entendimento do processo de decisão política não se pode olhar o processo de forma tópica, ou seja, encarando as fases como seqüenciais, e/ou analisadas separadamente. Para ele:

*“A abordagem tópica, passo a passo, importa também no risco de admitir implicitamente que o processo decisório avança de forma relativamente ordenada, racional, como uma dissertação acadêmica que tem princípio, meio e fim, estando cada parte associada logicamente às outras. Esta é uma premissa que precisa ser contestada.”* (p.10)

O processo de análise de políticas é dinâmico em si, e embora suas fases sejam identificáveis, uma análise que compreenda somente o que se passa em uma delas sem considerar as relações dinâmicas envolvidas, não possibilitaria uma aproximação da riqueza que o processo possui.

Lindblom (1981) afirma que:

*“Uma análise tópica da decisão política, que focalizasse predominantemente cada etapa em particular poderia obscurecer os fenômenos e temas universais, ao se concentrar nos aspectos da política específicos de cada etapa.”* (p.9).

Desta forma, entende-se que só é possível realizar uma análise que leve em conta este aspecto dinâmico, mesmo quando se focaliza uma ou mais fases do processo. Somente a visão do todo pode garantir o entendimento do papel de cada parte na construção do processo, e suas relações com o todo.

Mais uma vez Lindblom (1981) contribui neste sentido: “para compreender o que se passa no processo de decisão política precisamos entender a atividade política no seu conjunto.” (p. 11).

Para a realização de uma análise de políticas consistente e que possa contribuir para o entendimento do processo político deve-se considerar os atores, os cenários, as instituições, as relações possíveis, o contexto social, a organização política, e os aspectos históricos envolvidos.

Vianna (1996) afirma como ponto de partida do processo de análise de políticas devem ser observados os seguintes pontos:

- a) características das agências públicas ‘fazedoras de políticas’;
- b) atores participantes do processo de ‘fazer’ políticas;
- c) mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis por ‘fazer’ políticas;
- d) relações entre as agências e os atores;

e) variáveis externas que influenciam o processo.

A separação desses pontos a serem observados é bastante útil para a realização do processo de pesquisa e análise, porém, deve-se sempre levar em consideração o aspecto dinâmico e interacional envolvido no processo.

O primeiro ponto coloca a necessidade da identificação de quem é responsável pela produção de políticas, e de suas características.

O segundo ponto diz respeito a quem participa do processo, os atores e instâncias que de alguma forma influenciam, determinam e constroem as ações inerentes ao processo.

Em relação aos atores produtores de políticas, Lindblom afirma que:

*“Para compreendermos quem ou quê formula políticas, é preciso entender as características dos participantes, os papéis que desempenham, a autoridade e os outros poderes que detêm, como lidam uns com os outros e se controlam mutuamente.”* (p.8).

Esse entendimento é fundamental para a compreensão do processo, e somente a partir dele é viável vislumbrar o jogo envolvido na produção de políticas.

Para Immergut (1996):

*“As decisões políticas não são atos singulares tomados em determinado momento do tempo, ao contrário, são o resultado final de uma seqüência de decisões tomadas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais.”* (p.144).

Os atores incluem os grupos de interesses que lutam por determinado ponto de vista em relação à temática em discussão. Estes grupos se organizam com a finalidade de influenciar o processo decisório, a partir dos seus objetivos específicos.

Immergut (1996) ao estudar a lógica das políticas de saúde na França, Suíça e Suécia identifica a classe médica como um grupo de interesse atuante no processo de formulação de políticas nestes países, e situa o conflito entre esta classe profissional e os governos como um dos pontos principais deste processo.

E reforçando o valor que o contexto político tem no processo, na medida que determina o que é possível ser feito pelos grupos de interesse para modificar o curso das políticas, a autora afirma: “Dependendo da lógica do processo decisório, há diferentes estratégias políticas disponíveis para esses grupos de interesse e diferentes grupos são privilegiados pelas instituições políticas em cada país.” (Immergut, 1996, p. 147).

O terceiro, aponta para o processo em si, ou seja, como funciona, que instâncias e percursos fazem parte do processo de construção e implantação das políticas públicas.

Immergut (1996) afirma que:

*“Não existe um vínculo direto entre um dado conjunto de instituições políticas e o resultado de uma dada política pública. (...) Mas, ao definirem as regras do jogo, elas realmente criam condições que permitem prever a maneira pela qual esses conflitos deverão se desenrolar.”* (p.143).

O trabalho de Immergut (1996) também possibilita a visualização de como contextos e premissas semelhantes desembocam em conformações diversas de políticas de saúde. A explicação para essa divergência encontrar-se-ia na análise das instituições políticas de cada país, que permitiriam funcionamentos singulares no jogo do processo decisório.

*“(...) resultados tão divergentes não podem ser explicados por diferenças de opinião entre os legisladores, pelas diferenças de partidos políticos ou por diferença nas preferências e nas organizações dos vários grupos de interesses envolvidos na questão. Ao contrário (...) a melhor explicação desses resultados se encontra na análise das instituições políticas de cada país. São elas que estabelecem diferentes regras do jogo para políticos e para grupos de interesse, buscando aprovar ou bloquear planos de ação.(...) O conjunto dessas normas institucionais determina lógicas distintas de tomada de decisão, que definem os parâmetros da ação do governo e da influência dos grupos de interesse.”* (Immergut, 1996, p.140).

Uma outra contribuição de Immergut para a compreensão deste tópico é quando a autora discute as “instâncias de veto” (veto points), que seriam ocasiões que permitiriam o bloqueio das propostas em discussão. Estas ocasiões seriam fundamentais para a atuação dos grupos de interesses, tendo em vista que são momentos decisivos para o destino de uma proposta, nos quais ela pode ser modificada, ou mesmo finalizada. Para a autora: “As posições de veto não são entidades físicas, mas pontos de incerteza estratégica, decorrentes da própria lógica do processo decisório.” (Immergut, 1996, p.146). As oportunidades de veto permitiriam alterar decisões em diferentes etapas do processo de formulação de políticas. (Immergut, 1996, p.160).

O quarto ponto colocado por Vianna (1996) ressalta o aspecto interacional entre agências e atores, que geralmente é uma das questões mais interessantes e ricas de todo o processo. Os movimentos, as idas e vindas, a dinâmica relacional existente entre as instâncias e os atores no cenário da formulação das políticas.

O último tópico diz respeito às variáveis externas que podem ter alguma influência no processo, que são, muitas vezes, não previsíveis, mas que têm grande importância na configuração do contexto no qual as políticas são produzidas.

Para Kitschelt (1986, *apud* Labra, 1999) os aspectos considerados como mais relevantes para a análise de políticas são: as arenas institucionais, o processo de *decision-making*, os produtos ou impactos econômicos, sociais e políticos. Desta forma, a análise de políticas envolve instituições, atores, processos e resultados, que se relacionam dinamicamente com formas de influência recíproca entre eles.

O campo da análise de políticas públicas é, assim, um “campo complexo, dinâmico e mutante, exigindo do estudioso um cabedal de conhecimentos teóricos e de dados empíricos suficiente para que possa entender e explicar o **que fazem os governos, como e por que o fazem.**” (Labra, 1999, p.135).

Esta configuração estabelece exigências ao processo de análise, que implicam em uma leitura ampla e complexa dos aspectos em jogo, na qual se torne possível uma articulação entre aspectos teóricos e práticos, buscando configurar a dinâmica que o processo de análise de políticas impõe.



## *1.2. Método e técnicas de pesquisa*

Este trabalho está centrado nas fases de construção da agenda e formulação de políticas, com ênfase na segunda. Portanto, as fases de implementação e avaliação não foram abordadas tendo em vista os limites impostos pelas características do próprio processo de Reforma Psiquiátrica, ainda em implantação no país.

O período estudado compreende desde a apresentação do projeto de lei no legislativo até a aprovação e promulgação pelo Executivo da Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica (nº 10.216, de 2001), ou seja, entre os anos de 1989 e 2001.

O aprofundamento no período de 1989-2001 tornou-se necessário tendo em vista o intenso debate político existente, alavancado pela tramitação do projeto de lei de reforma psiquiátrica.

A fase de surgimento da questão, precedente ao período estudado também foi levada em consideração na análise, tendo em vista que este período fez parte da organização da agenda do ideário da Reforma Psiquiátrica, que trouxe consigo a necessidade de revisão legislativa no campo da psiquiatria.

A estratégia para a aproximação do nosso objeto de estudo compreendeu uma pesquisa documental abrangente, tendo como eixo principal o debate legislativo.

Os documentos analisados permitiram esquadrihar o diálogo entre diferentes atores e instituições participantes do processo de formulação das políticas de saúde mental. Quer dizer, a seleção documental buscou revelar a configuração dos diferentes discursos e posições frente ao processo legislativo que marcou a formulação da referida lei. A eleição das fontes documentais principais objetivou garantir a representatividade dos atores sociais e grupos de interesses presentes no processo. Em suma, não se pretendeu esgotar toda a produção documental existente neste tema, mas sim constituir um corpo documental que pudesse refletir a totalidade dos discursos em suas múltiplas dimensões (Minayo, 1994).

O debate legislativo, eixo principal da pesquisa, foi examinado a partir dos documentos oficiais do processo de tramitação do projeto de lei no poder legislativo. As apurações foram obtidas na base de dados da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. A partir desse levantamento foram selecionados os documentos que permitiram o acompanhamento das discussões presentes no debate<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Não foram consultados documentos que tinham teor apenas administrativo, como por exemplo os que faziam referência apenas a sua movimentação entre setores.

Optou-se por consultar as publicações oficiais do poder legislativo: *Diário do Congresso Nacional*, *Diário da Câmara dos Deputados* e *Diário do Senado Federal*.

Os documentos da tramitação na Câmara dos Deputados foram acessados em forma digital através de sistema próprio, que permite a visualização e impressão das publicações oficiais através da rede mundial de computadores.

No Senado Federal a consulta foi realizada diretamente no arquivo da Sub-Secretaria de Informações desta instituição. Os documentos foram fotocopiados após localização e seleção manual.

Foram consultados também periódicos científicos no campo da psiquiatria, com o objetivo de trazer o debate provocado pelo projeto de lei no âmbito da academia e espaços de divulgação científica. Três periódicos editados por instituições universitárias com produção científica relevante no campo da psiquiatria foram consultados. As três instituições são sediadas na região sudeste, sendo duas no Rio de Janeiro e uma em São Paulo, a saber: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (RJ), *Revista Brasileira de Psiquiatria* (SP) e *Informação Psiquiátrica* (RJ). Essas fontes foram complementadas com artigos pertinentes ao tema levantados mediante revisão bibliográfica adicional.

A discussão presente nos meios de comunicação também foi objeto de estudo. Consultou-se basicamente o material publicado na imprensa escrita (Rio de Janeiro e São Paulo).

Outra área abarcada pela pesquisa documental abrangeu a produção do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, movimento social que teve papel fundamental no processo de formulação do projeto de lei. Foram consultados prioritariamente os relatórios dos quatro encontros nacionais ocorridos durante o período estudado (1993, 1995, 1997 e 1999), além de outras fontes documentais existentes.

O debate com as instâncias de controle social existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) também foi alvo da pesquisa. Foram revisados os relatórios das duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987 e 1992), além de documentos deliberativos do Conselho Nacional de Saúde sobre a temática em foco.

Além dessa pesquisa documental sobre o processo de formulação propriamente dito, foi realizada ampla revisão de bibliografia, nacional e internacional, que fundamentou as análises teóricas e contextuais presentes nesse estudo, e que são apresentadas nos capítulos seguintes.

Foi realizada também uma revisão histórica da legislação no campo da psiquiatria em nosso país, mediante consulta à base de dados legislativos do Governo

Federal. Foram selecionados os principais documentos legislativos desse percurso, que foram acessados digitalmente nesta base, ou através de consulta à *Coleção de Leis do Brasil*, do acervo da Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.

A análise do material coletado teve como linha mestra o entendimento de que, como já foi disto, o processo de produção de políticas é dinâmico, abrange diversos atores, cenários, e instituições. A análise não procurou obedecer a um relato cronológico dos eventos do período, mas sim se buscou construir um exame da dinâmica do percurso, procurando trazer a cena toda a riqueza do processo de construção da política de saúde mental característica do Projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Como primeiro estágio da análise foi realizada uma leitura exaustiva de todo o material coletado buscando identificar as etapas principais do processo de formulação, assim como as discussões preponderantes e posições dos principais atores sociais e grupos de interesses participantes. Buscou-se configurar a dinâmica presente, e a forma como ela foi se conformando nas diferentes etapas do processo decisório. Foram também levadas em conta as histórias dos grupos de atores e interesses e seus posicionamentos anteriores. A análise obedeceu tanto uma leitura individual dos documentos, quanto uma abordagem transversal do conjunto do material coletado.

As análises desenvolvidas foram situadas nas conjunturas políticas e sociais, de maneira a contextualizar o debate.

## Capítulo 2

### Psiquiatria e Lei: nascimento da psiquiatria e a sua crítica radical

Neste capítulo abordaremos as formas pelas quais a constituição dos saberes e práticas psiquiátricas manteve uma relação próxima às questões políticas e sociais. Esta opção busca respaldar a discussão do processo de construção da nova política de saúde mental no país onde, de certa forma, apesar das novas gerações de atores e novos cenários sociais e políticos, reedita muitas das questões e argumentos que estiveram presentes na história da psiquiatria.

Procuraremos demonstrar como a relação entre a garantia legal de direitos e o poder médico psiquiátrico esteve permanentemente em tensão durante a história da psiquiatria, e de suas práticas. E como o asilo, ou hospital psiquiátrico, como instituição nodal da constituição da psiquiatria mantém em sua existência as bases desse poder.

O Projeto de Lei nº 3657, de 1989 trazia como proposta primordial o desmonte dessa estrutura. O ‘estabelecimento especial’ para tratar os doentes mentais criado através de medida legal, estava prestes a ter seu final também determinado por lei. E com isso levantou-se toda a discussão em torno desse projeto. Falava-se não apenas de uma mudança na assistência, mas enfrentava-se quase duzentos anos de práticas e saberes em torno da loucura.

Antes de aprofundarmos essa discussão retomaremos o ponto de constituição da psiquiatria objetivando trazer à luz as principais relações entre esse saber e a questão dos direitos sociais, cidadania e lei. Recorreremos a duas linhas de pensamento contemporâneas e congêneres, uma francesa, representada pela obra de Robert Castel (1978), e outra italiana, com Franco Basaglia (1982a, 1982b, 1985).

Com isso buscamos reforçar o nosso pressuposto de que as propostas de transformação nos instrumentos normativos do campo da psiquiatria estão intrinsecamente relacionados ao saber psiquiátrico, suas instituições e seus poderes. E que toda a discussão envolvida em uma proposta de mudança, como no caso brasileiro, enfrenta as resistências para a manutenção das bases estruturais desse saber.

## 2.1. O nascimento da psiquiatria e a sua relação com os aspectos jurídicos

A história da constituição da psiquiatria enfrentou em todo o seu percurso a relação entre esse saber e as questões sociais e jurídicas. O estatuto social do louco foi delineado a partir de articulações entre o saber científico e as exigências políticas, jurídicas e sociais. A questão da periculosidade do louco foi um ponto fundamental para esse delineamento.

Voltaremos ao nascimento da psiquiatria na França, seu cenário privilegiado, enfatizando a relação entre esse saber e o surgimento da lei francesa que diz respeito à doença mental e as formas legitimadas para lidar com ela. A lei francesa foi reconhecidamente inspiradora de várias outras legislações nacionais surgidas no fim do século XIX e início do século XX, incluindo a brasileira.

As sociedades desenvolveram historicamente diferentes formas para lidar com o fenômeno da loucura em seus percursos históricos. Todavia, a criação de um lugar específico para confinamento e tratamento do louco é muito recente na história da humanidade, sendo contemporânea e característica do próprio nascimento da psiquiatria.

A criação de um estabelecimento especial para os loucos constitui uma ruptura na história dos saberes e práticas sociais no trato com a loucura, que inaugura uma nova era caracterizada pela ascensão do hospital psiquiátrico como instituição executora das práticas com a loucura.

A transformação da loucura em um fenômeno médico, e com isso, passível de intervenção especializada teve nos trabalhos de Pinel (1745-1826) seu ponto fundador, e na França pós-revolução francesa, seu cenário provocador.

A Revolução Francesa exigiu uma reflexão sobre as atitudes reconhecidas como arbitrárias características do Antigo Regime. A queda do Estado Absolutista e do poder do clero, além da inauguração do lema *Liberdade, Igualdade e Fraternidade*, determinou a transformação imediata nas relações entre os poderes, instituições e os próprios homens. A exclusão dos loucos, mendigos, criminosos e vagabundos passou a ser questionada, tendo em vista a nova organização social na qual os direitos eram valorizados e a cidadania se tornava a base para o novo contrato social, em que cada cidadão era, ao mesmo tempo, sujeito e soberano.

Castel (1978) observa que antes da Revolução Francesa, já existiam práticas cotidianas de seqüestro dos loucos, porém sem nenhuma especificidade, fosse nas suas

motivações ou nas ações realizadas com essas populações. A responsabilidade pela seqüestração dos loucos era compartilhada pelos poderes executivo e judiciário. As famílias também tinham um papel importante nesse processo, assumindo o lugar de terceiro poder na tríade da exclusão. Estas poderiam solicitar o enclausuramento de um ente por não terem condições, ou por não quererem, exercer as funções de vigilância e controle, fosse por dificuldades no manejo das estratégias de controle, ou por ameaça ao patrimônio familiar. A partir dessa solicitação duas saídas eram possíveis: ou se recorreria a autoridade judiciária, ou ao rei para autorizar a seqüestração do louco, não controlável pela família. A contenção da loucura dava-se quando aconteciam manifestações que eram descabíveis no contexto, perturbando o espaço social e/ou familiar. Em todos os casos as instâncias do poder executivo e/ou do poder judiciário garantiam os fundamentos para a legalização da seqüestração. O poder judiciário, embora sem ter um papel predominante, assumia funções de julgar a legalidade das seqüestrações e avaliar a necessidade dos bens serem colocados em tutela.

A tríade da seqüestração, que tinha no poder real a sua base principal, só iria ser abalada quando este poder foi reconhecido como arbitrário. A quebra dessa relação estável com a queda da nobreza criou um espaço a ser preenchido. A liberdade tornou-se um bem fundamental a ser respeitado para o conjunto dos cidadãos na nova sociedade contratual. Os loucos, diferentes dos demais excluídos, exigiam medidas específicas que o poder executivo não poderia mais assumir isoladamente, tendo em vista as fortes críticas ao absolutismo. Era necessário instaurar-se uma nova justificativa para o asilamento, para a exclusão. A exclusão dos transgressores sem respaldo jurídico não tinha espaço na nova ordem social. O louco assumiu sua diferença dos criminosos, para os quais existia a base legal para a seqüestração.

Castel (1978) afirma: “em um sistema contratual, a repressão do louco deverá construir para si um fundamento médico, ao passo que a repressão do criminoso possui imediatamente um fundamento jurídico” (p.38).

Os loucos diferenciam-se dos demais grupos enclausurados e, com isso, criou-se, a partir da sua especificidade, um aparelho de saberes e práticas destinadas a eles, de modo que se justificasse através de estratégias científicas a sua permanência no espaço de reclusão. Assim, instaurou-se uma aliança inabalável entre o poder político e o poder médico, em uma relação dialética em que ambos se potencializavam.

Pinel foi reconhecido pelo ato de libertação dos loucos, mas esta atitude não implicava em uma saída do espaço de reclusão, mas sim na sua transformação. Com Pinel e a medicina mental, a seqüestração dos loucos passava a ter um objetivo médico,

científico, ou seja, a loucura se tornava doença mental que, portanto, poderia ser tratada, sendo então possível o resgate da razão. Passava a existir um motivo justo, científico, técnico para a seqüestração.

Castel (1978) reforça esse aspecto:

*“O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da ‘exclusão’, do ‘isolamento’ do ‘afastamento’ para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas cumplicidades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira, ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, seqüestrado como os outros, porém, por outras razões. Por causa da doença. (...) ela revela a sua natureza num desdobramento do próprio ato de isolamento.”* (p.83).

A justificativa da seqüestração encontrava no isolamento, com caráter terapêutico, sua premissa científica inabalável. A loucura era então exposta em sua natureza médica, ao estudo e intervenção dos alienistas, especialistas na sua ciência.

Pinel transformou o espaço de exclusão em um dispositivo médico, de assistência, em consonância com os desejos da filantropia e da benevolência, e atendendo as necessidades políticas daquele contexto.

Os loucos, além de transgressores, eram também considerados como desafortunados por haverem perdido a razão, atributo mais valioso para o homem. Com isso, a medicina mental assumiu sua face de benevolência e configurou sua filiação à corrente da filantropia tão forte nesse contexto histórico.

A filantropia e a benevolência objetivavam também instaurar instrumentos de controle das populações pobres, marginais, que insistiam em abalar as estruturas sociais formalizadas:

*“O exercício esclarecido da benevolência fica, assim, compreendido como o melhor instrumento de vigilância e de manipulação do povo. A relação de tutela que ele instaura desarticula toda possibilidade de revolta, reproduz e estende a dominação de classe.”* (Castel, 1978, p.127).

O nascimento da psiquiatria trouxe consigo uma dupla estratégia de controle: ao mesmo tempo que justificava cientificamente os desejos políticos de manutenção da “ordem social” reforçava o cumprimento dos objetivos da filantropia.

A constituição do aparato legal para a prática alienista iria demorar cerca de quatro décadas para acontecer de fato. No decorrer desse período, os saberes e práticas da então nascente medicina mental foram se solidificando e ganhando força.

As práticas médicas no campo da loucura já existiam no Antigo Regime, embora de forma embrionária. Porém, a legitimação dessas práticas só iria ocorrer de fato em 1838, com a promulgação de uma legislação específica: “até a votação da lei de 1838 a interdição constitui o único procedimento verdadeiramente legal de seqüestração dos loucos” (Castel, 1978, p.47). Mesmo no Antigo Regime as ações de seqüestração já possuíam uma relação jurídica intrínseca e estabelecida formalmente através do processo de interdição. Entretanto, a instância jurídica não conseguia assumir inteiramente o espaço deixado pela saída do poder real, nem mesmo quando associada às instâncias administrativas existentes.

Castel (1978) afirma que: “A etiqueta médica possibilitou uma certa credibilidade ‘científica’ a um projeto político que, por sua vez, impôs a escolha do tipo de cientificidade desenvolvida.” (p.118). Ciência a favor de necessidades políticas e sociais, as quais garantiam legitimidade ao saber científico nascente: “a psiquiatria é efetivamente uma ciência política já que ela respondeu a um problema de governo” (Castel, 1978, p.18). A medicina mental nascente tornou-se então a via a ser tomada como base para fundamentar para a seqüestração dos loucos. A “medicalização da loucura” transformou-se em um modo de administração do problema então colocado, estabelecendo um ponto de deslocamento de uma questão inteiramente política para uma questão meramente técnica:

*“Medicalizar um problema é mais deslocá-lo do que resolvê-lo, porque é autonomizar uma de suas dimensões, trabalhá-la tecnicamente e, assim, recobrir sua significação sócio-política global, a fim de torná-la uma ‘pura’ questão técnica, adscrita à competência de um especialista ‘neutro’.”* (Castel, 1978, p.189).

Este deslocamento foi legitimado pelo próprio poder político com a elaboração e aprovação de um estatuto legal que garantiu os pressupostos da psiquiatria e do seu instrumento de cura, o hospital psiquiátrico. A lei de 1838 instaurou um novo cenário legislativo para as questões da doença mental e suas formas de abordagem: “A lei de 30 de junho de 1838, sobre os alienados, foi a primeira grande medida legislativa que



reconheceu um direito à *assistência* e à *atenção* para uma categoria de indigentes ou de doentes.” (Castel, 1978, p.21).

O paradoxo entre a garantia do direito à assistência e a perda de liberdade, característica fundamental dessa assistência, foi o fundamento para as práticas em torno da loucura. A garantia de direitos sociais através de ações do poder público era um aspecto considerado inovador dessa legislação, embora ao mesmo tempo ela fosse uma garantia de perda de direitos, paradoxo que fundamentava os princípios do tratamento psiquiátrico nascente.

Reforçando esse aspecto, Castel (1978) pontua que:

*“os alienados ‘beneficiaram-se’ do primeiro encargo sistemático, reconhecido como direito e sancionado por uma lei que antecipa toda a ‘legislação social’ que virá cinquenta anos depois. Não se compreenderia esta originalidade se não a situássemos na linha divisória de uma problemática fundamental para a sociedade burguesa nascente. Sobre a questão da loucura, por intermédio da sua medicalização, inventou-se **um novo estatuto de tutela** essencial para o funcionamento de uma sociedade contratual.”* (p.34).

A lei reafirmou um compromisso de cumplicidade entre o conhecimento médico e as exigências políticas e sociais para gerir os loucos. As contradições encontravam um ponto de conciliação, um pacto formal de enfrentamento da questão: “após 1838 os problemas permanecem, mas não há mais contradições abertas, aporias. A loucura continua a provocar dificuldades. Ela cessou de ser um desafio.” (Castel, 1978, p.225).

Com a instauração da legislação de 1838 a relação entre loucura e justiça passou para um plano secundário, com a assunção da justificação científica, médica para a seqüestração.

No cenário francês, do século XIX, a medicina assumiu o papel principal:

*“A vitória mais clara dos alienistas, obtida graças ao apoio total da administração, foi ganha sobre o ponto aparentemente mais espinhoso: a eliminação da justiça de qualquer papel direto no processo das admissões.”* (Castel, 1978, p.203).

Desta forma, a medicina mental era a protagonista, imbuída de todo poder legal, no cenário da seqüestração dos insanos.

O aparelho da medicina mental:

*“(…) surge à sombra do legalismo. Inicialmente nutriu-se de suas contradições a fim de conquistar seu próprio espaço de intervenção.*

*Posteriormente ele se desenvolveu mantendo, com a justiça, uma relação aparentemente polêmica mas, de fato, dialética. O instável equilíbrio entre as duas instituições conspira para a realização do mesmo fim. Quer se trate de justiça ou de medicina é a mesma ordem que está em jogo. Uma impõe sua manutenção inscrevendo-a na objetividade das leis e combatendo suas transgressões através de sanções. A outra detecta em cada pessoa uma distância com relação às suas normas e tenta anulá-la com remédios.” (Castel, 1978, p.53).*

Esse ponto é vital para a compreensão dos debates que são lançados décadas à frente no tocante à reformulação das legislações específicas nesse campo. O primado da instância médica e/ou da instância judiciária como base para justificação da seqüestração é matriz de importantes discordâncias no cenário de formulação de aparatos legais.

A loucura passou a ser, com base na lei, uma questão de Estado. Assim, através do arcabouço legal, foi desenvolvido todo um aparato médico erigido por meio de um estabelecimento especial gerido e administrado pelo poder médico e pelo poder público. Estabeleceu-se um estatuto para o louco inteiramente renovado, em que estar no asilo é sua marca principal. Uma nova aliança se impunha:

*“somente a partir de 1838 é que foi realizado o amálgama: medida de internação + regime interno determinado + incapacidade de gestão dos bens + direito a tratamentos, no quadro de uma assistência especial. Mas não se trata de uma simples adição de elementos diversos. Ou melhor, esses elementos heterogêneos estão indissociavelmente articulados a partir da noção de internação que constitui sua matriz. O fato da internação confere, por si só, esse **status** completo. Basta que o doente ultrapasse o umbral do asilo para ser um **alienado**: inteiramente definido por uma dependência indissociavelmente médica, institucional e legal.” (Castel, 1978, p.211).*

A síntese alienista tinha no espaço hospitalar, asilar, seu campo privilegiado de atuação e desenvolvimento: “A conquista do hospital pela psiquiatria foi mais segura e mais regular porque a estrutura hospitalar oferece um terreno onde a tecnologia alienista pode se desenvolver como num espaço natural.” (Castel, 1978, p.176).

Se a justificação para a exclusão era médica, ela somente poderia assumir sua legalidade quando inserida em um contexto médico, hospitalar: “Se a seqüestração dos

alienados se opera supostamente por razões médicas, deveria realizar-se num meio inteiramente medicalizado.” (Castel, 1978, p.205). O asilo era a garantia da legalidade da internação.

Nesse espaço era possível estudar, classificar, e propor medidas de tratamento para esse fenômeno que se tornou exclusivamente médico, a doença mental.

O asilo para alienados assumiu posição central em toda a construção teórica e prática da nascente medicina mental, palco principal das ações e do exercício do poder alienista:

*“se o asilo é efetivamente a peça central do dispositivo da primeira medicina mental, ele o é como o lugar subordinador onde pode se desenrolar melhor a estratégia de intervenção psiquiátrica. (...) ele nada mais é do que o meio que maximiza a eficácia de uma tecnologia de poder”* (Castel, 1978, p.116).

O isolamento era o que permitiria que essa tecnologia do poder se desenrolasse em todo seu vigor. Isolar para conhecer, isolar para tratar e isolar para proteger – eis as fontes científicas que respaldavam as práticas de exclusão. No asilo dirigido por um médico competente era onde essas estratégias poderiam alcançar os seus objetivos: “No asilo, uma pedagogia da ordem pode se desenrolar em todo o seu rigor. Nele o exercício da autoridade pode ser mais enérgico, a vigilância mais constante, a rede de coerções mais estreita.” (Castel, 1978, p.116).

A estratégia alienista, que parte de uma explicação moral para as causas da loucura e de uma terapêutica de mesma base, o tratamento moral, desenvolvido em um estabelecimento especial se encaixava perfeitamente nas necessidades do aparelho político: “a causalidade moral da doença é anulável através dos meios morais de tratamento” (Castel, 1978, p.114).

O isolamento como forma de proteção tinha respaldo e ao mesmo tempo respondia às exigências do entendimento do louco como perigoso. A periculosidade, uma das bases do processo de exclusão social, partia do pressuposto do entendimento do louco como transgressor, aquele que perturbava a ordem. E caberia à medicina mental o papel de neutralizar esse perigo potencial: “O que o movimento alienista visa, fundamentalmente, é abolir da paisagem social esse foco de desordem que é a loucura.” (Castel, 1978, p.116).

Analisando o período inicial de aplicação da lei francesa Castel (1978) sugere uma predominância das internações compulsórias sobre voluntárias, o que reforçava a associação entre doença mental e periculosidade. Ao mesmo tempo, a periculosidade

era o que muitas vezes garantia o direito à assistência: “Diante dessas práticas, inúmeros alienistas se habituam a solicitar uma internação compulsória para todo doente cujo acesso ao tratamento pretendam garantir.” (Castel, 1978, p.222). Mais uma vez o paradoxo entre garantia e ausência de direitos entra em cena na constituição do saber e práticas psiquiátricas.

Foi esse contexto de criação de uma disciplina científica para lidar com um fenômeno, antes mesclado com tantos outros que a sociedade buscava mascarar em suas instituições de reclusão, que se forjou um novo estatuto para os loucos. A nova ordem contratual exigia essa transformação, e reforçava o papel de novos atores que legitimaram uma nova forma de relação, uma relação de tutela, baseada no poder médico, e tendo a instituição asilar, hospitalar o local legítimo de seqüestração.

*“Numa sociedade fundada no contrato, o alienado é aquele que escapa a qualquer tipo de relação contratual. Mas ele deixa, ao mesmo tempo, de ser mácula, já que essa ausência de direitos constitui o seu **status**. Ele é submetido a uma tutelarização unilateral em todos os níveis da relação médica, institucional, jurídica e pública da assistência. O conceito de alienação é a expressão sintética dessa combinatória de dependência. A noção de alienação, ou seja, o produto, a conquista da medicalização do louco. ‘Medicalizar a loucura’ constituiu exatamente na instituição desse **status** completo de tutela.”* (Castel, 1978, p.212).

A tutela, com fundamento legal, era a base para todas as formas instituídas de relação com o fenômeno da loucura, agora doença mental.

Castel (1978) aponta que esse “momento de ouro do alienismo”, em que se estabeleceu o modelo de relação com o fenômeno da loucura através do dispositivo asilar e do tratamento moral, constituiu-se como um *aggiornamento*, isto é, uma atualização das práticas existentes, através de uma modernização de linguagens, abordagens, uma ampliação de domínios e uma multiplicação de poderes. Enfim, deu-se uma roupagem nova para questões e soluções já em andamento. A medicalização do asilo não trazia uma nova abordagem, apenas atualizava uma forma já existente de relação para com o fenômeno da loucura: “o alienismo forjou seus instrumentos procedendo ao *aggiornamento* de uma parte da instituição totalitária.” (Castel, 1978, p.128).

Desta forma, o asilo, a internação, foi a base a partir da qual se construíram todas as estratégias e saberes da ciência psiquiátrica, sendo praticamente um

pressuposto para a existência da psiquiatria. Sendo assim, questionar esse ponto abala as vigas mestras que constituíram esse saber. Castel aponta que isso tem sido uma barreira nas possibilidades de transformação real nesse campo:

*”destruir o paradigma da internação é arriscar-se a deixar à deriva todo o sistema alienista: legislação, contexto da prática, fundamento teórico do conhecimento, concepção do tratamento... O que explica que, durante mais de um século, poucos alienistas tenham tido coragem de tentá-lo”* (Castel, 1978, p.237).

## *2.2. Franco Basaglia: a crítica radical à psiquiatria, seus poderes e instituições*

Na segunda seção deste capítulo apresentaremos algumas proposições do pensamento de Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra italiano, principal protagonista do processo de Reforma Psiquiátrica na Itália, nas décadas de 1960 e 70.

O pensamento de Basaglia nos é muito caro, tendo em vista a influência de seus trabalhos e idéias no processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro. Basaglia esteve presente no Brasil no final da década de 1970<sup>2</sup>, momento em que a experiência italiana encontrava seu grande momento de transformação, com o processo de desinstitucionalização ocorrido na cidade Trieste, protagonizado por ele e sua equipe, época em que o processo brasileiro estava em seu nascimento.

Suas idéias e experiências semearam inquietações e propiciaram reflexões que embasaram algumas experiências inovadoras no nosso país, principalmente por sua abordagem crítica, tanto epistemológica quanto política, da própria psiquiatria.

Para Basaglia, a questão a ser enfrentada não estava na modernização das técnicas, conceitos e instituições da psiquiatria, mas sim no seu questionamento, e desconstrução<sup>3</sup>. A relação entre as questões jurídicas e a psiquiatria não poderia deixar de ser uma preocupação no pensamento de Basaglia, tendo em vista que esta relação estava na própria gênese do campo disciplinar da psiquiatria.

Basaglia (1982a) apresenta uma análise sobre a relação entre lei e psiquiatria, trazendo contribuições importantes para o escopo desse trabalho, que serão discutidas a seguir.

Para Basaglia as legislações, incluindo as relacionadas com a psiquiatria, estariam sempre vinculadas aos contextos históricos e sociais onde se desenvolvem, principalmente nas formas que o mundo da produção se organiza e as sociedades se relacionam com os incluídos/excluídos da relação produtiva. As transformações nas formas de produção influenciam diretamente essa equação e trazem novas exigências e formas de relacionamento. A loucura se inscreve nitidamente nesta relação e as transformações nas legislações específicas para este campo vêm acompanhando as modificações nas formas de produção material, cultural e simbólica das sociedades no mundo ocidental.

---

<sup>2</sup> Basaglia veio ao Brasil pela primeira vez em 1975, retornando em 1978 para participar de um simpósio de psicanálise no Rio de Janeiro. Em 1979 retornou para uma série de conferências, palestras, encontros e debates (Rotelli & Amarante, 1992, p.47).

<sup>3</sup> Sobre a perspectiva de desconstrução proposta por Basaglia ver Amarante (1996) e Barros (1992a).

Basaglia (1982a) situa o início do século XVII como o momento em que surgem nos países industrializados as primeiras legislações em torno da assistência psiquiátrica, ao mesmo tempo em que se desenvolvem as primeiras definições e classificações da loucura/doença mental, da assunção da psiquiatria enquanto ciência e das suas instituições.

Essa fase estaria relacionada com o momento de transformação social do século XVIII provocada pelo surgimento do mercantilismo e a industrialização e o conseqüente processo de exclusão-inclusão do mercado de trabalho, a partir do qual os loucos ganhariam visibilidade. A exclusão dos loucos seria respaldada pela sua inabilidade: não encontrariam lugar na ordem racional da sociedade, por não se inserirem na sua ordem produtiva, por não serem capazes de produzir a partir da lógica existente.

A relação entre doença e improdutividade vai se mostrando como fundamental para o delineamento do lugar que o louco e a loucura ocuparam nas sociedades industrializadas, refletindo as estratégias de inclusão x exclusão do mundo produtivo.

Desta forma, a desrazão deveria encontrar seu espaço em um lugar especialmente produzido para ela, respaldado pela ciência: o manicômio.

“Solo in quanto sistematizzata dalla scienza e contenuta nelle sue istituzioni, la sragione può far parte dell’ordine sociale: la malattia diventa la sua definizione razionale, il manicomio il luogo che la ordina e la contiene” (Basaglia, 1982a, p.446).

Como já apontou Castel (1978), a ciência que respalda a criação da instituição capaz de conter a desrazão era a medicina, que assumiu para si o trato da doença mental e das instituições para seu controle.

*“La medicina, delegata al trattamento di tutto ciò che è stato collocato nell’area della malattia, copre così la contraddizione primaria da cui trae origine, la separazione tra sano e malato. (...) L’improduttività che essa deve riparare si risolve nel corpo che essa assume come oggetto delle sue tecniche. In questo modo la malattia, e concretamente il corpo malato, si presentano come immagini speculari delle tecniche che la scienza medica va via via elaborando. (...) Ciò che la produzione scarta è malato, ciò che è malato va separato e preso in carico dalla sua istituzione.”* (Basaglia, 1982a, p.446).

Entretanto, a loucura, ao entrar na esfera de competência da medicina, trouxe novas contradições tendo em vista que não era capaz, somente com seus instrumentos, de dar conta do seu objeto específico, e precisando associar-se à sanção jurídica.

O conceito de “periculosidade social” com origem do campo jurídico foi incorporado a categorias médicas, delimitando o próprio modelo médico. Esta contradição seria a base que fundamentaria a própria psiquiatria: relação entre cura e manutenção da ordem social: “Se delinea così la contraddizione di fondo della psichiatria, ambigualmente sospesa, fin dal suo nascere, tra cura del malato e difesa sociale, tra medicina e ordine pubblico.” (Basaglia, 1982a, p.447).

A proteção dos loucos e a defesa da sociedade dos excessos da loucura constituem, desde o início, os pontos sobre os quais se desenvolveu o debate na psiquiatria e se assentaram seus instrumentos normativos.

As primeiras legislações incluíram a definição de periculosidade social, sinônimo de doença, os objetivos e formas de tratamento em seus princípios.

A aproximação da psiquiatria com as normas jurídicas cresceu, e terminou por estruturar a sua própria configuração, determinando inclusive a definição do seu próprio objeto, e sua função social.

Para Basaglia (1982a):

*“la legge non solo delimita e definisce compiti e istituzioni della nuova scienza, ma si spinge fino a disegnare i contorni, l’identità del suo oggetto: la malattia ed i sintomi de suo insorgere. Il concetto di periculosità sociale rappresenta così, al tempo stesso, la ragione della sanzione giuridica e la grande ‘categoria diagnostica’ da cui si ritagliano e si differenziano successivamente le altre”* (pp.447-448).

Este ponto é fundamental para compreendermos o alcance que a questão da periculosidade tem no campo da psiquiatria, que antes de tudo tem a função de manter a ordem social. As legislações consagram esse papel à psiquiatria e o lugar do louco como potencialmente perigoso socialmente, passível assim de uma sanção, que passa a ser médica, e não apenas jurídica.

Basaglia (1982a) continua a desenvolver essa discussão reforçando que o objeto da psiquiatria era mais amplo que a medicina de uma forma geral, passando dos limites do corpo orgânico, singular para abranger o *corpo social*.

A compreensão de que a psiquiatria teria seu campo de atuação no *corpo social* foi estrutural no pensamento de Basaglia, e veio embasar as propostas críticas de transformação da psiquiatria desenvolvidas por ele.

Para Basaglia (1982a) tudo o que a organização social definia como perigoso para o seu equilíbrio era definido como doente, e assim deveria ser neutralizado a fim de manter o bem-estar do corpo social.



*“Ciò che nella psichiatria è malato è infatti tutto ciò che l’organizzazione sociale definisce di volta in volta pericoloso per il suo equilibrio. Curare la malattia significa perciò incidere, devitalizzare, asportare tutto ciò che mette in pericolo il benessere del corpo sociale.”* (p.448).

A psiquiatria assumiria o papel de agente dessa neutralização, tendo o manicômio o lugar específico para o desenvolvimento das ações de restabelecimento de saúde, não dos indivíduos, mas do corpo social.

*“Salute e guarigione sono perciò, nella psichiatria, la salute e la guarigione del corpo sociale: il singolo corpo malato diventa puro germe, luogo di infezione, veicolo di contagio, che va riconosciuto, selezionato e sterilizzato nel vuoto sociale del manicomio”* (1982a, p.448)

A relação entre produtividade e improdutividade era transposta ao processo de cura que se relacionaria à possibilidade de restituir o corpo orgânico, singular, ao corpo social, quando esse tivesse restaurado sua capacidade de produção, ou quando fosse aberta a possibilidade de integrá-lo na organização produtiva. Colocavam-se, assim, duas possibilidades de mudança: a primeira, que estaria nos indivíduos, definida pelo alcance dos objetivos trazidos pela inserção na produção; a segunda, que seria definida pela transformação da própria organização produtiva, que passaria a ter uma maior permeabilidade e uma conseqüente ampliação na sua capacidade de inclusão.

A forma de custódia que a psiquiatria construiu foi justificada pela periculosidade e pela conseqüente necessidade de tratamento, que era representado pelo próprio manicômio. O tratamento se dava pela e através da custódia.

Para Basaglia (1982a) no manicômio se assumiria a irrelevância do sujeito, se interromperia a história, se suprimiria a identidade social, o indivíduo se reduziria ao seu desvio psíquico (p.449).

Como já foi apontado, o desenvolvimento da psiquiatria foi fortemente marcado pelas definições normativas, o que aproximou as suas instituições às do aparato judiciário, mais do que às da própria medicina. Ambas assumiram como objeto a ameaça à ordem social.

*“Come nel caso dell’aparato giudiziario, l’oggetto della psichiatria si definisce sul pericolo costituito dal comportamento deviante. Giustizia e psichiatria hanno inoltre in comune i principi della*

*sanzione e della separazione, oltre a molta parte dell'organizzazione istituzionale.*” (p.450)

O aparato normativo da psiquiatria definiu uma rede de regras que regulamentavam todas as fases das ações técnicas, incluindo a forma de reconhecimento da doença, através da afirmação da periculosidade social, a sua sanção e a conseqüente restrição de liberdade através da internação. O médico assumiu o papel principal nesse processo, sendo, inclusive, responsabilizado caso a ausência de custódia produzisse um comportamento desviante que rompesse com a ordem social. Os estabelecimentos de tratamento e cura deveriam ser adequados para manter a custódia, neutralizando o perigo e sendo fisicamente semelhantes às prisões. (Basaglia, 1982a, p.451).

As legislações, muitas vezes, apresentaram dispositivos de manutenção de garantia de direitos que, porém, poderiam ser transpostos sob a justificativa técnica, médica.

Basaglia (1982a) ressalta que quase todas as legislações europeias buscavam confiar à psiquiatria uma função definitiva de cura, mesmo que acompanhada da custódia. O processo de harmonizar, na prática, o modelo psiquiátrico com o carcerário, tornou-se o problema central da técnica de intervenção da psiquiatria (p.451).

A aproximação das instituições psiquiátricas das carcerárias foi alvo de intensas críticas no pensamento basagliano, que construiu uma reflexão consistente sobre as instituições psiquiátricas como instituições de violência (Basaglia, 1985).

Este pensador identifica o primeiro momento de revisão normativa da psiquiatria no período após a Segunda Guerra Mundial, quando a transformação da organização produtiva fez necessária a recuperação das populações consideradas não hábeis, a estrutura manicomial era questionada enquanto prática e ideologia. O automatismo da sanção – diagnóstico da doença corresponde ao prognóstico de cronicidade – e a irreversibilidade do tratamento foram os pontos de atrito entre o manicômio e a organização produtiva. (Basaglia, 1982a, p.453).

Podem ser identificados dois efeitos desse atrito: a *incoerência ideológica* e a *ineficácia funcional do manicômio*. A incoerência ideológica se expressava como suspensão generalizada dos direitos individuais em uma fase da história em que estes são enfatizados e a ineficácia funcional, contrária à organização produtiva, como obstáculo à absorção da nova força de trabalho e à reprodução daquela já integrada.

A condição para uma nova fundação da psiquiatria era que se instaurasse uma continuidade ideológica e organizativa, entre reparação do corpo social (como controle

do seu equilíbrio produtivo) e reparação do corpo singular (como tutela da sua potencialidade de trabalho). (Basaglia, 1982a, p.453).

O novo contexto social e histórico surgido no pós-guerra faz com que a psiquiatria elabore uma nova abordagem para a questão da loucura que pudesse responder às novas exigências do mundo produtivo e das normas sociais.

O foco de intervenção passava a ser o próprio manicômio; tanto as regras que estruturavam sua rigidez interna, quanto os dispositivos que regulamentavam as trocas com a vida social. A ineficácia da custódia como único sistema de tratamento e a extensão generalizada da sanção jurídica assumiram o centro da discussão. Outras possibilidades para o tratamento psiquiátrico foram apontadas nas experiências do pós-guerra, e o asilo começava a ser redefinido.

As revisões legislativas surgidas nesse contexto possuíam alguns aspectos semelhantes e estavam relacionados com a redefinição da psiquiatria como saber e como instituição, delineando o modelo da *nova ordem psiquiátrica* (Basaglia, 1982a).

Os instrumentos normativos criados trouxeram a regulamentação das internações voluntárias e obrigatórias, com critérios de uso delimitados pelos médicos, que definiriam uma sanção mais leve ou mais rígida de acordo com os recursos institucionais existentes e os distúrbios apresentados: “La tutela dei diritti individuali, che queste disposizioni tendono a garantire, è spostata così totalmente dentro il terreno istituzionale ed affidata come problema medico, al tecnico.” (Basaglia, 1982a, p.455)

Os novos dispositivos de tratamento psiquiátrico trazidos pelas experiências do pós-guerra não viriam substituir o manicômio, mas sim compor uma rede de serviços na qual o manicômio mantinha o seu lugar, não mais único, mas ainda fundamental.

A sanção jurídica permaneceu, porém não mais exercida de uma única forma, mas dosada de acordo com a situação e os recursos existentes:

*“Si assiste così ad una diffrazione della sanzione che si dosa per gradi nei differenti livelli del circuito e si polarizza, nella forma classica dell'internamento, nell'area più severa e rigida del circuito (il manicomio ed il manicomio criminale) che sopravvivono sostanzialmente inalterati come luoghi in cui precipita, dopo un percorso tanto automatico quanto graduale la forma di malattia più impermeabile alle nuove modalità di controllo e più irreducibile alle risposte offerte dai servizi.”* (Basaglia, 1982a, p.456)

Basaglia (1982a) ressalta que a transformação do modelo de gestão característico desse período foi baseada em uma intervenção legislativa mínima, que

não afetou a estrutura nem o significado das normas construídas no momento do nascimento da psiquiatria.

A real transformação possível e necessária deveria partir de um questionamento da própria função da psiquiatria, o que não ocorreu nas revisões normativas e experiências de reforma do período pós-guerra.

Basaglia (1982a) analisa as propostas italianas de transformação dos instrumentos normativos, considerando que a experiência do final da década de 1970 trouxe tanto uma crítica e tentativa de superação do manicômio, quanto o confronto com as contradições do sistema normativo existente, buscando uma redefinição da questão da sanção jurídica, e da periculosidade social<sup>4</sup>.

Entretanto, para este autor, a mudança na legislação não seria suficiente para garantir uma transformação efetiva da psiquiatria. A questão fundamental estaria nos processos sociais que as embasam. A tarefa que se coloca é abrir constantemente as contradições. Não era possível existir resposta no interior da estabilidade social constituída sem que se colocassem radicalmente em discussão as suas próprias bases.

O ponto de partida da experiência italiana de construir uma situação alternativa para a assistência foi a própria psiquiatria. Sem a sua face científica e a cultura ideológica, a psiquiatria se mostraria pobre. Ao desmistificar a função médica do manicômio, desvendou sua realidade verdadeira, uma realidade de miséria, perdendo, assim, a sua especificidade sobre da loucura. Era preciso evidenciar as contradições para demonstrar que a instituição psiquiátrica não era nada mais que um meio de controle social, de modo que o poder estatal seria compelido a criar algo de substitutivo (Basaglia, 1982b, p.481).

O caminho possível para o Estado é a criação de normas, mas nem sempre elas garantem uma efetiva transformação da realidade:

“Quello che lo stato può fare sono le leggi, ma le leggi, a loro volta, sono un’astrazione se non vengono applicate (...) La legge dunque esprime un dover essere, non una realtà.” (Basaglia, 1982b, p.475).

As normas e leis seriam instrumentos importantes que poderiam permitir as mudanças, mas não viriam garantir que elas ocorressem. Desta forma, a criação de uma lei abriria uma nova ordem de processos sociais, deixando a questão ainda em aberto, não sendo assim um ponto de chegada, mas sim o início de uma nova caminhada, permitida pelo novo cenário que a lei configura.

---

<sup>4</sup> A experiência italiana de revisão legislativa (Lei 180/78) será objeto de discussão no capítulo 4 deste trabalho, quando analisamos as tendências legislativas internacionais no campo da psiquiatria.

## Capítulo 3

### Psiquiatria no Brasil: organização do aparato legislativo (1841-1934)

A psiquiatria, suas teorias e práticas são construções datadas histórica e socialmente. As leis de um país afirmam as formas de organização propostas para que a sociedade possa lidar com determinados temas tidos como relevantes para o conjunto de instituições, atores e poderes que a compõem. A relação entre psiquiatria e lei é praticamente constitutiva da formação desse campo de saber e práticas. Neste capítulo sintetizaremos o percurso de criação e institucionalização da psiquiatria no Brasil tendo como fio condutor a organização dos primeiros instrumentos legais relacionados com a questão da doença mental. Tomaremos como base as decisões dos poderes executivo e legislativo, de base federal, que criaram as diretrizes iniciais para a formulação das primeiras tendências políticas no campo da psiquiatria. O período analisado compreende os anos de 1841 a 1934 que, respectivamente, definiram a criação do primeiro estabelecimento especial para os alienados e a elaboração do instrumento legal que veio a ser modificado pela atual Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01), nosso objeto de estudo. Não temos a intenção de fazer um estudo exaustivo desses instrumentos legais, nem percorrer a totalidade dos documentos elaborados no período, mas sim, utilizar as principais propostas e inovações como forma de pontuar o processo de formação da psiquiatria, em especial, sua relação com as questões técnicas, políticas, sociais e culturais.

No ano de 1841 o Imperador D. Pedro II determina a criação de um hospício destinado ao tratamento dos alienados, como marco na instituição da psiquiatria enquanto disciplina específica para lidar com a questão da loucura em nosso país. A criação desse estabelecimento especial foi precedida de um intenso debate nas esferas médico-científicas da época, em torno da urgência de dar respostas técnicas para a questão da loucura.

As transformações no cenário da vida nas cidades traziam novas exigências, dentre elas, a retirada dos loucos que vagavam pelas ruas, perturbando a ordem social.

Resende (1987) agrupa as circunstâncias que possibilitaram as estratégias de reclusão da loucura na sociedade brasileira: “Desordem franca e ociosidade, perturbação da paz e obstáculo ao crescimento econômico” (p.35).

Para esse mesmo autor, as semelhanças entre os contextos que propiciaram a emergência da loucura e do louco como problema social na Europa, no século XVI, e no Brasil, no início do século XIX, deveriam considerar as especificidades e diversidades

dos dois contextos. As condições de urbanização e industrialização que poderiam estar associadas ao contexto europeu, não eram ainda presentes no Brasil, e mesmo assim, “a circulação de doentes pelas cidades pedia providências das autoridades” (Resende, 1987, p.30), podendo espelhar assim uma tentativa de importação de idéias do continente europeu, especialmente de Portugal.

A ociosidade, vadiagem, mendicância eram imagens associadas ao louco no meio urbano e exigiam contenção por parte do poder público para o bem da harmonia e desenvolvimento social:

*“Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, indisfarçavelmente notória, e vem engrossar as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade.”* (Resende, 1987, p.35).

A associação dos loucos, de forma indiferenciada, aos demais marginalizados sociais fez com que eles também viessem a ocupar os espaços de reclusão existentes, como as prisões, para a manutenção da ordem social.

O clamor por respostas que pudessem conter a desordem era forte na sociedade de então, e começava a alcançar uma maior repercussão no Império. A introdução de novas formas de comunicação e organização pode ser considerada como elemento facilitador do crescimento do reclame social de reclusão dos desordeiros, e neles incluídos, os loucos.

Medeiros (1977) situa a influência do surgimento da imprensa e das escolas médicas nesse contexto:

*“Sendo as notícias sobre os loucos contemporâneos ao aparecimento da imprensa no país, também o são em relação à estruturação da medicina científica. Com a vinda da Corte Portuguesa, criam-se as primeiras Escolas de Medicina, e são vozes dos fundadores da recém criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, as que primeiro reclamam contra a situação dos insanos nas prisões e nas enfermarias da Santa Casa. (...) A criação da imprensa e das escolas médicas coincide no Brasil com um momento importante da história colonial, com amplos desdobramentos sobre todas as instituições estabelecidas. A preocupação com os insanos parece ser um dos componentes dessas modificações na sociedade”* (pp.55-56).

A seqüestração apenas respaldada nos argumentos de manutenção da ordem e da garantia do desenvolvimento social não era suficiente para os grupos formados por

profissionais médicos, conhecedores das abordagens inovadoras e científicas da alienação mental em prática no continente europeu. As denúncias das condições desumanas nas quais os alienados se encontravam nos lugares de reclusão existentes eram a tônica do discurso. O apelo humanitário e filantropo pode assim se configurar como alavanca para a criação da primeira instituição médica para o tratamento da doença mental, proposta pelo poder público.

Os primeiros trabalhos teóricos no campo da alienação mental foram elaborados no Brasil do século XIX. Foram produzidas algumas teses na área da medicina com forte influência francesa – principalmente de Esquirol – porém, sem articulação com o campo das práticas. Estes trabalhos foram instrumentos importantes para embasar as justificativas médicas de criação de um lugar especializado para o tratamento da alienação mental (Machado *et al*, 1978).

Desde 1830 existiam denúncias sobre a situação dos loucos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. O hospital era criticado por não curar a alienação mental, e não permitir o domínio da loucura. Ele só retiraria o louco do convívio social quando se mostrava perigoso. Nesse sentido, não era entendido como diferente de uma prisão. Machado *et al* (1978) apresentam a argumentação da época:

*”A argumentação é clara: tal como está organizado, o hospital não cura, não possibilita o domínio da loucura. Pode segregar o louco, retirá-lo do convívio social quando se mostra perigoso – e neste sentido o louco está no hospital como em uma prisão – mas é incapaz de atingir sua loucura. No hospital, o louco não é considerado como doente específico; não recebe tratamento físico e moral condizente com a natureza da sua doença; não há repartição espacial dos doentes em espécies; não existe médico especialista, dedicado a este tipo de doente, nem enfermeiros competentes; as condições higiênicas são completamente inadequadas. No Hospital da Misericórdia, os loucos estão na situação oposta da que deveriam estar em uma instituição especialmente para eles destinada.”* (p.423-424).

Esses pontos embasavam o movimento de reivindicação pela criação de um lugar específico para os alienados, um lugar de tratamento e cura.

Segundo o entendimento de Roberto Machado *et al* (1978), os médicos articularam-se à José Clemente, filantropo e provedor da Santa Casa no período de 1838-1854, que parecia ser a instituição capacitada para a tarefa de construir e administrar um novo hospital específico para o tratamento dos alienados. José

Clemente, após observação das condições dos alienados do hospital da Santa Casa, faz críticas severas ao tratamento empregado, que reforçavam a argumentação médica existente. Sua posição de provedor e político possibilitou que começasse a tomar providências e estabelecer articulações para a criação de um hospício, inclusive sugerindo o seu nome e o local para construção.

A fonte de inspiração na construção do modelo inicial da psiquiatria brasileira foi sem dúvida a experiência francesa do fim do século XVIII, uma importação dos preceitos e práticas que permitiram a medicalização da loucura, porém sem a intensidade de discussões políticas e sociais que caracterizaram o processo francês:

*”Para solucionar o problema apresentado pela presença dos alienados do Hospital da Santa Casa, os médicos, em uma perspectiva social mais ampla, e o filantropo escolhem o hospício: Instituição de características idênticas às do modelo francês elaborado basicamente por Pinel e Esquirol. Mas, se na França o ‘hospital de loucos’ foi resultado final de um amplo debate político sobre a assistência, iniciado com a Revolução de 1789, em que foram discutidas formas diversas de solução para o problema do louco, no Brasil o hospício foi a solução pacificamente adotada.”* (Machado et al, 1978, p.428-429).

O resultado dessa iniciativa foi o decreto de 18 de julho de 1841 que criou o *Hospício de Pedro II*, no ato de maioria do Imperador:

*“Desejando assignalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de hum estabelecimento de publica beneficência: Hei por bem fundar hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de – Hospício de Pedro Segundo – o qual ficará annexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Côrte, debaixo da Minha Imperial Protecção, Applicando desde já para principio da sua fundação o producto das subscrições promovidas por huma Commissão da Praça do Commercio, e pelo Provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que Eu Houver por bem contribuir.”* (Brasil, 1841).

O modelo científico europeu influenciou ainda a elaboração da planta do prédio do Hospício de Pedro II:

*“A própria planta física do hospício foi projetada nos moldes da instituição francesa. Leme Lopes comenta a similaridade do traço do*



*Hospício de Pedro II e o da Maison Nationale de Charenton, criadas pelos padres de S. João de Deus, em Paris” (Medeiros, 1977, p.79).*

A atitude de criação do hospício foi ao mesmo tempo “símbolo da civilização que se instalava na capital, mas parte integrante do projeto normalizador da medicina” (Machado *et al*, 1978, p.429).

A união entre os objetivos da medicina e do poder público aparecia pela primeira vez na história brasileira através do documento legal que oficializou uma estratégia de relação com um fenômeno.

O hospício só seria inaugurado mais de uma década depois, e teria um estatuto também decretado pelo poder imperial. Em 1852 foi publicado o Estatuto do Hospício de Pedro II (Brasil, 1852) que estabeleceu a forma de organização e funcionamento interno do Hospício, definindo os papéis das diferentes instâncias e prevendo as formas de admissão e saída dos alienados.

A administração do Hospício ficou a cargo da Santa Casa de Misericórdia, com o seu provedor definido como a maior instância de poder na sua organização. Os médicos (Facultativos clínicos) assumiriam o controle do processo de tratamento e cura dos alienados, estabelecendo o controle dos processos que garantiriam o isolamento e obediência no asilo (Cf. Art. 22 e 32).

O Capítulo III do Estatuto do Hospício de Pedro II (Brasil, 1852) discorria sobre a admissão e saída dos alienados, no qual o corpo médico não assumia o papel principal. A entrada no asilo era referendada em última instância pelo Provedor da Santa Casa, a partir de requisições do juiz dos órfãos, chefe ou delegado de polícia, superiores dos militares, eclesiásticos e religiosos, pais, tutores, curadores, irmão, marido ou mulher, ou senhor do alienado. O atestado médico era secundário nesse processo (Cf. Art.10 e 11). Desta forma, a entrada no hospício não era uma decisão primeiramente médica, mas sim advinda das instâncias judiciais, policiais e familiares.

A saída também não era um ato prioritariamente médico, podendo, em alguns casos, os alienados saírem antes de obterem “um curativo completo”, caso fosse solicitado pelos que requereram a sua entrada. Convém ressaltar que essa forma de saída era exclusiva dos internos que pagavam pela sua estadia, denominados pensionistas, já os que entravam como indigentes não tinham essa possibilidade. No momento de saída dos alienados, caberia ao Provedor dar ciência a quem requereu a entrada e ao Juiz de Órfãos, quando houvesse julgamento de demência (Cf. Art. 16 e 17).

A garantia da legitimidade das internações, buscando evitar assim a detenção indevida e o atentado à liberdade e à segurança pessoal dos indivíduos, era papel do

Provedor da Santa Casa, que deveria visitar freqüentemente as dependências do Hospício, a fim de investigar a verdadeira posição e estado mental de cada alienado (Cf. Art. 15).

Os princípios da psiquiatria nascente articulavam-se entre si, como um sistema organizado e estruturado. Os princípios básicos do modelo psiquiátrico adotado eram: isolamento, organização do espaço terapêutico, vigilância e distribuição do tempo (Machado *et al*, 1978). O funcionamento do hospício deveria, além de respeitar esses princípios, propiciar a sua aplicação. O hospício era a forma da psiquiatria fazer funcionar na prática os seus pressupostos.

Pode-se constatar claramente que os princípios apontados eram extremamente semelhantes aos erguidos pela psiquiatria francesa, analisados no capítulo anterior, explicitando assim a sua origem.

O isolamento, base da argumentação da necessidade do asilo, era justificado tanto pelas causas da doença quanto pela natureza do tratamento a ser empregado:

*”O hospício separa o louco das causas de sua loucura, inscritas na sociedade e principalmente na família. O princípio do isolamento expressa uma zona de conflito entre a família da época e a psiquiatria: o louco deve ser distanciados do meio doméstico, que não só causa, mas acirra e confirma a alienação mental. Trata-se, portanto, de reorganizar o contato entre o doente e a família, através do hospício.”*  
(Machado *et al*, 1978, p.430).

As famílias cujas posses permitiam garantir o controle do louco, poderiam manter os seus parentes em casa, já para os pobres e os loucos que vagavam pelas ruas, tinha-se o isolamento como indispensável (Machado *et al*, 1978).

A estrutura do hospício deveria garantir que o isolamento funcionasse efetivamente, o contato com o mundo exterior deveria ser evitado e somente poderia ocorrer com o aval do médico. O hospício era a estratégia que possibilitava o isolamento, e o médico seu operador natural.

*“O Hospício é um espaço fechado, com uma única entrada constantemente vigiada, de onde o alienado não sai, a não ser para passeios pelas redondezas, mas sempre acompanhado pelos enfermeiros, e onde ninguém entra que possa interferir na relação da psiquiatria com o seu doente, atrapalhando o processo terapêutico. Não há cura sem isolamento, o que implica que todo tratamento deve ser asilar”.* (Machado *et al*, 1978, p.432).

Se não havia cura sem isolamento, todo o tratamento deveria ser asilar, desta forma, o hospício, em si mesmo, deveria realizar a transformação do alienado: “E a razão é que, mais do que um simples edifício, o hospício é um ‘instrumento de cura’: no hospício o que cura é o próprio hospício, é a organização do espaço e a conseqüente localização do indivíduo no seu interior.” (Machado *et al*, 1978, p.434).

A organização do espaço interno e uma distribuição dos indivíduos eram o que permitiam que a vida no hospício fosse ordenada e regular (Machado *et al*, 1978, p.432).

A influência do método classificatório era nítida. As divisões deveriam agrupar as loucuras, e os loucos, segundo espécies, definidas por características comuns: “O hospício é um espaço classificatório que localiza e distribui os indivíduos em seu interior” (Machado *et al*, 1978, p.434).

Além das divisões que caracterizavam a organização asilar, o aspecto da vigilância era crucial: “O louco deve ser vigiado em todos os momentos e em todos os lugares. Deve estar submetido a um olhar permanente.” (Machado *et al*, 1978, p.435).

A função de vigilância não era desempenhada apenas pela arquitetura, mas sim pelos funcionários do hospício, principalmente pelos enfermeiros, que também eram vigiados pelos seus superiores:

*“No Hospício, quem se ocupa desta função de vigilância é sobretudo o enfermeiro, que deve acompanhar os doentes por todos os lugares e em todos os momentos (...) Mas a vigilância não se esgota nesse primeiro nível. Se o enfermeiro vigia, ele também sofre o olhar de uma instância superior”* (Machado *et al*, 1978, p.436).

Assim, havia uma superposição das instâncias de controle, os enfermeiros, as irmãs de caridade, e o poder médico: “Ao mesmo tempo que é partilhado, exercido em pontos diferentes e a diversos níveis, o poder deve estar submetido ao médico como princípio de sua unificação.” (Machado *et al*, 1978, pp. 438-439).

O médico deveria ser a autoridade máxima do hospício: “a direção centralizada, conjugando saber e autoridade, encarna a norma de comportamento e estabelece as etapas do percurso terapêutico: o médico deve ocupar o topo da estrutura de poder característica do hospício” (Machado *et al*, 1978, pp. 448).

Entretanto, esse poder não foi exclusivo nem central nos primeiros anos de funcionamento do Hospício de Pedro II, o que acarretou intensas discussões e mobilização para alcançar essa posição. A proposta alienista não conseguia ser operacionalizada na prática, encontrava-se apenas no ideário de seus protagonistas.

Outro aspecto importante na organização do asilo era o tempo dos alienados, que deveria ser totalmente ocupado e controlado, tendo em vista que o isolamento, como forma de tratamento, objetivava a reabilitação do alienado e sua devolução à sociedade. O ponto chave para essa reabilitação, como reeducação, era o trabalho, encarado como principal meio de cura:

*“Trabalho significa coordenação dos atos, atenção, obediência a um encadeamento de fases da produção que permitirá chegar ao produto: significa existência de regras às quais o alienado deve se adequar. É uma fonte poderosa de eliminação da desordem, de submissão a uma seqüência coordenada e ordenada. O trabalho permite o controle de cada ato, de cada gesto; permite coordenar o ordenar o corpo e a mente. O trabalho é, portanto, em si mesmo terapêutico, ocupando assim uma posição central no tratamento”* (Machado et al, 1978, p.441).

O trabalho era ferramenta para docilização, para ordenamento e controle da loucura. Entretanto, o trabalho dentro do asilo não era uma lei para todos, ele respeitava as diferenças entre classes, espelhando a organização social, sendo que somente os pobres eram submetidos a ele:

*“Não se terá os ricos nos trabalhos das oficinas, dos jardins, ou nos serviços do hospício, que são trabalhos de pobre, a que os psiquiatras não querem ou não podem obrigá-los. Para o que eles vêem entretanto uma saída específica: o trabalho do rico será a diversão”* (Machado et al, 1978, p.442).

Além da organização do espaço hospitalar existiam estratégias desenvolvidas pelos médicos para conseguir a docilidade dos alienados:

*“De acordo com o caso, o médico suscita o amor próprio, mostra o ridículo, faz nascer o afeto, torna algumas idéias penosas, cria o sentimento de privação de liberdade para fazer com que o louco reconheça o médico e queira se curar. O médico acaba persuadindo o louco a aceitar e tornar seu o comportamento ordeiro, ordenado, calmo, obediente.”* (Machado et al, 1978, p.444-445).

Como a loucura advinha de causas morais, do desequilíbrio das paixões, as estratégias de cura precisariam atingir esse ponto através do estabelecimento de formas de controle dessas paixões, de forma a restaurar a ordem na desordem da loucura.

A utilização de meios de repressão eram cabíveis quando permitiam a criação da docilidade e a garantia da ordem, devendo, sempre que possível, ser realizadas somente a partir de indicações médicas:

*“Os meios de repressão são ativados fundamentalmente para conseguir a docilidade. Não visam marcar o corpo, mas transformar o corpo violento em corpo pacífico.(...) Sua ativação é dupla: quando um alienado se insurge, ela é meio de inseri-lo ou reinseri-lo na calma asilar; mas é também ameaça, na medida em que pode ser a qualquer momento utilizada. Neste sentido, a própria ordem é assegurada pela repressão, que ameaça a coletividade ou que atinge os indivíduos.”*  
(Machado *et al*, 1978, p.445).

A psiquiatria brasileira nascente, que tinha o hospício como seu cenário único, trouxe estratégias que mesclavam atitudes de controle e filantropia, semelhantes àquelas observadas na França. Aos médicos caberia o papel principal de coordenar as ações de docilização e ordenamento. O hospício era assim concebido como um lugar de tratamento e cura, imbuídos de um espírito científico e medicalizante, que tinha na disciplina seu ponto nodal na sua organização.

A administração do hospício de Pedro II não era exclusivamente médica, e sim uma divisão de poderes: o poder religioso e o poder médico. No ato de sua fundação ficava clara a sua vinculação à Santa Casa de Misericórdia, instituição religiosa e filantrópica entendida como a mais habilitada para gerir tal iniciativa. Essa dupla vinculação, médica e religiosa, não sobreviveu pacificamente durante muito tempo. O hospício seria por definição uma instituição médica, cabendo assim a direção ao poder médico, o único com conhecimento específico sobre a questão da loucura. A insurreição do poder médico ganhou forças a partir de críticas contundentes ao próprio funcionamento do hospício, reforçando a impossibilidade deste dispositivo alcançar os objetivos propostos na sua criação. As dificuldades apontadas não questionavam a capacidade da psiquiatria em lidar com a alienação mental, mas sim a falta de condições no hospício para se exercer a verdadeira arte da ciência alienista.

Machado *et al* (1978) resumem assim esse momento de críticas ao Hospício de Pedro II:

*“As críticas são internas: partem dos médicos e mesmo dos diretores, tendo como veículo jornais, mas sobretudo os próprios relatórios e é a instituição em que trabalham ou que dirigem que é o alvo do ataque; a organização arquitetônica não é tão perfeita quanto se supunha, aos*

*olhos de novas concepções de loucura, do mal aproveitamento do espaço, de construções desordenadas no interior do hospício ou em sua circunvizinhança; o exame do pessoal clínico e administrativo evidencia claramente que o médico não tem todo o poder sobre a loucura, mas está subordinado ao pessoal religioso ou é tolhido pela incompetência, ignorância ou maldade dos enfermeiros; o processo de internação independe de sua vontade ou competência, o que ainda permite a presença de não-loucos no hospício e de loucos excluídos em prisões ou outros lugares não especificamente criados para eles; não há, finalmente, uma lei nacional de alienados e um serviço organizado pelo Estado que faça com que o Hospício de Pedro II deixe de ser uma exceção.” (Machado et al, 1978, p. 449).*

As críticas ao funcionamento do Hospício de Pedro II, em suma, reforçavam a urgência do aumento do poder médico na instituição. O hospício deveria ser uma instituição médica por excelência. Não sendo assim, deixaria de ser um estabelecimento especial para o tratamento dos alienados e se aproximaria das demais instituições de exclusão.

O hospício ao não conseguir ser nem médico, nem uma instituição de caridade, terminava por assumir um caráter de instituição de reclusão, por si. Um retorno ao princípio que gerou a sua necessidade:

*“O hospício constituía-se em substituto das prisões, em um quase hospital, e em uma casa de beneficência e caridade. Juntava os componentes característicos de cada um desses tipos de estabelecimento. As grades, os altos muros, os cadeados, os guardas, os meios de intimidação, das prisões. Os médicos, os tratamentos, dos hospitais. As intenções de caridade, o patrocínio de credo religiosos, próprios das obras humanitárias. As contradições no desempenho desse tríptico papel eram indisfarçáveis. Pretendia ser hospital, mas freqüentemente lhes faltava médico e empenho curativo. Pretendia ser casa de caridade, mas reinava nelas o rigor e a intimidação”* (Medeiros, 1977, p.105).

Além de incapaz de tratar, não produziria conhecimento, saber sobre a loucura. Machado et al (1978) reforçam o papel do poder médico enquanto condição única para consecução dos objetivos primeiros do asilo:

*“só a figura do médico-diretor, no topo de uma estrutura hierarquizada de poder, é a garantia de transformação funcional do hospício em máquina geradora de tratamento eficaz e conhecimento verdadeiro. A questão do funcionamento interno do hospício se origina da questão política que lhe empresta significado e é dentro desta que deve ser compreendida e resolvida.”* (Machado *et al*, 1978, p. 472).

O aparato legislativo que criou e organizou o Hospício de Pedro II não garantia a preponderância do poder médico como legitimador da internação: “a internação do alienado deve possuir um fundamento legal que evite o perigo de seqüestrões arbitrárias: a medicina deve impregnar a legislação e a justiça.” (Machado *et al*, 1978, p. 448).

Somente as internações determinadas pelos alienistas deveriam ser consideradas legítimas, as demais encontrariam a arbitrariedade na sua fundamentação, daí a necessidade de uma lei que garantisse o mandato social à psiquiatria, legitimando seu poder sobre o louco e sua seqüestração.

A relação com a justiça também era alvo de questionamento, pois segundo a legislação penal, que estava em vigor, caberia ao juiz avaliar a necessidade ou não da seqüestração, sem haver exigência de uma perícia técnica especializada em alienação mental (Machado *et al*, 1978).

A questão da periculosidade embasava fortemente os discursos da época, criando justificativas para a necessidade de isolamento, tanto de cunho técnico como social.

Todavia, não havia bases legais para o poder médico de seqüestração, deixando brechas para o seu exercício por outras instâncias. As necessidades de garantia da ordem e defesa da coletividade eram inegáveis, porém deveria a seqüestração ser exclusivamente uma atividade de cunho médico, tendo em vista o estatuto médico da loucura.

*“A seqüestração do louco é feita em nome da defesa da coletividade. A iminência ou realidade de perturbação da ordem ou moral pública dá à autoridade o direito de seqüestro. Mas, em princípio, a seqüestração representa um atentado praticado contra o princípio da liberdade individual, base da organização social: é atentado às bases da organização social sendo, portanto, injusta. Necessária mas injusta.”* (Machado *et al*, 1978, p.482).

A associação entre os poderes psiquiátrico e estatal era a resposta desejada pelos alienistas. Somente o Estado teria a capacidade de permitir a restrição de liberdade

individual, como forma de garantir tanto o próprio indivíduo, como a coletividade. Porém, tendo em vista a caracterização médica do fenômeno da loucura, essa ação do Estado só teria fundamento, e seria justa, se fosse respaldada pelo conhecimento médico científico. Explicitava-se assim, a aliança necessária entre o poder público e o poder médico, coroada pela estatização do hospício.

A psiquiatria poderia transformar a seqüestração em um ato não arbitrário. Para Teixeira Brandão, a resolução desse problema só seria possível através da criação de um instrumento legal, de base médica, no qual se reconhecesse o louco como doente e incapaz, devendo ser tratado e protegido. Machado *et al* (1978) ao analisar esse aspecto afirmam:

*“A incapacidade do louco deve ser portanto cuidadosamente regulada, para que não se transforme em possibilidade de atentado à liberdade individual. O louco deve delegar sua vida a um elemento idôneo. Não é portanto suficiente dar ao louco o estatuto de doente. É necessário e fundamental dar a ele estatuto de menoridade e fazer destes dois aspectos uma mesma realidade.”* (Machado *et al*, 1978, p.483).

Aos poucos foi se apontando a necessidade de criação de uma legislação específica para os alienados mentais em nosso país. Fato, que como veremos a seguir adiante, só ocorreria no início do século XX, sob forte influência do modelo legislativo francês.

Eram necessários alguns passos antecedendo essa construção. A estratégia de reformar o próprio hospício foi o caminho possível, buscando assim a almejada inserção médica-científica em seu interior.

Teixeira Brandão, nas últimas décadas do século XIX, foi um dos médicos que liderou o movimento de críticas e propostas de reformulação da organização do Hospício de Pedro II, buscando sua total medicalização:

*“Monopólio de poder e da informação por parte das religiosas, emprego da pura força física na relação com os alienados por parte dos enfermeiros, conluio entre religiosas e enfermeiros contra os médicos, eis o que caracterizou, aos olhos de Teixeira Brandão, o funcionamento do Hospício de Pedro II até as proximidades da República.”* (Machado *et al*, 1978, pp. 461-462).

A convivência entre uma organização religiosa e ao mesmo tempo tornou-se então inaceitável, e ao assumir a direção do Hospício de Pedro II, Teixeira Brandão restringiu as atribuições das religiosas, afastando-as das atividades diretas com os



alienados, sendo posteriormente substituídas por enfermeiras leigas, contratadas na Europa (Machado *et al*, 1978).

O caráter político inerente a disputa entre o poder médico e religioso na administração do hospício é inegável:

*“Se a moral laica é um argumento, a nova prática que se procura implantar é resultado de uma consideração política que ultrapassa as fronteiras do asilo e põe em confronto o poder de Estado e o poder clerical. A questão é explicitamente política, tanto interna quanto externamente, querendo isso significar que a questão do louco no asilo será sempre referida a um contexto maior e tomará as cores desse contexto”* (Machado *et al*, 1978, p. 467).

Todo esse movimento de questionamento do poder religioso no interior do hospício apareceu em um contexto maior de embate entre o Estado Imperial e a Igreja Católica – que teve início no período de 1875-78, e se arrastou até o fim do Império (Basile, 2000).

Os anos seguintes foram decisivos para a coroação do projeto alienista de incursão no campo legislativo das premissas médicas da loucura.

A proclamação da República (15 de novembro de 1889) foi o contexto que constrói o campo de possibilidades para assunção desse discurso.

Resende (1987) caracteriza o período posterior à proclamação da República como “psiquiatria científica”, pelo processo de desenvolvimento do saber psiquiátrico no nosso país e a sua incorporação de fato ao cotidiano do hospício.

O ano de 1890 foi o palco da vitória alienista sobre o poder religioso na organização do hospício e da sua união com o poder estatal no trato com as questões da alienação mental. Neste ano foram editados decretos consecutivos e relacionados entre si com a finalidade de reorganizar a assistência aos alienados, e delineando assim o perfil da política a ser adotada. (Brasil, 1890a, 1890b, 1890c, 1890d, 1890e).

A desanexação do Hospício de Pedro II da Santa Casa de Misericórdia foi o primeiro ato neste percurso, realizada através do Decreto 142A, de 11 de janeiro de 1890 (Brasil, 1890a), que foi promulgado apenas dois meses após a proclamação da República, no Governo Provisório do General Deodoro da Fonseca.

O Decreto 142A trouxe uma nova denominação ao hospício, que deixou de se chamar Pedro II, marca do império recém vencido, e passou a se chamar *Hospício Nacional de Alienados*, sendo agora um “estabelecimento público independente”, criado para servir a nação.

O Hospício passou ser uma instituição estatal administrada por médicos especialistas, conforme explicita o Decreto 206A, de 15 de fevereiro de 1890 (Brasil, 1890b). A direção dos asilos seria confiada a um médico, e todas as admissões passariam por um crivo médico, mesmo as *ex-officio*, ou seja, requisitadas pelas autoridades públicas, que deveriam ser acompanhadas de pareceres dos médicos da polícia. Nos casos de admissões voluntárias, a pedido de familiares, haveria a necessidade de pareceres de dois médicos, ou de documentos legais atestando a demência, porém se caracterizariam com admissões provisórias, sendo a transformação em definitivas realizada a partir de atestado do médico do asilo.

O parecer médico era o que passa a definir a necessidade de internação, garantindo assim que o hospício se configurasse de fato como um dispositivo médico, de tratamento e cura das alienações mentais.

A entrada no hospício era justificada pela perturbação à ordem, a moral e aos bons costumes, e pela noção de periculosidade. Vejamos o artigo 13 do Decreto 206A (Brasil, 1890b) que explicitava esse aspecto:

*“Art. 13. Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranqüilidade pública, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a própria, deverão ser collocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados à reclusão e ao tratamento de alienados.”*

A reclusão era determinada pela ofensa à ordem social e pela periculosidade que a loucura impõe.

O Decreto 206A (Brasil, 1890b) criou a Assistência Médico-legal de Alienados, que incluía o Hospício Nacional, estabelecimento central da assistência, e as Colônias Conde de Mesquita e São Bento, da Ilha do Governador, destinadas exclusivamente para “alienados indigentes, capazes de se entregarem à exploração agrícola e às indústrias” (Cap. I, Art. 3, §2).

No Decreto 142A (Brasil, 1890a) já era apontada a necessidade de inclusão de um serviço agrícola destinado aos alienados, no âmbito da assistência médico e legal. O modelo agrícola foi a base da criação das colônias no final do século XIX, e início do século XX<sup>5</sup>, influenciado pela reconhecida vocação agrícola do nosso país (Resende, 1987).

O terceiro documento legal publicado no ano de 1890, o Decreto 508, de 21 de junho de 1890 (Brasil, 1890c), reforçava e esmiuçava as determinações apresentadas

---

<sup>5</sup> Sobre o surgimento do modelo das colônias no Brasil consultar a obra de Paulo Amarante (1982).

nas instruções do Decreto 206A. Estabeleceu atribuições específicas para o funcionamento das Colônias e do Hospício Nacional de Alienados, que se mantinha como estabelecimento central da assistência, por onde transitariam todos os alienados que iriam ser admitidos nos demais asilos.

Mais dois decretos foram editados neste mesmo ano criando setores específicos no interior do Hospício Nacional: a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (Brasil, 1890d) e o Museu Anatomo-Patológico (Brasil, 1890e).

Nos documentos legais do início da República não havia preocupação com o possível desrespeito aos direitos dos alienados, que no Estatuto do Hospício de Pedro II era atribuição do Provedor da Santa Casa. A ausência dessa preocupação pode ser relacionada com a garantia de um parecer médico, sem o qual a internação não poderia se tornar definitiva. Havia, assim, uma garantia técnica no processo de seqüestração. As instâncias jurídicas passaram a ser submetidas ao parecer médico que circunstanciava a alienação e a internação resultante.

Em 1892 foi publicado o Decreto 896, de 29 de junho (Brasil, 1892), que *consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-legal de alienados*, reunindo em um só documento as inovações trazidas na legislação de 1890, como a Escola de Enfermagem e o Museu Anatomo-patológico, criados através de decretos específicos.

Introduzia-se a existência de um pavilhão específico para a observação dos doentes gratuitos em fase de admissão no Hospício Nacional. A aproximação com a Faculdade de Medicina também aparecia de forma mais explícita, através da vinculação de setores do Hospício a cadeiras desta faculdade.

Esses aspectos foram ainda mais ampliados com a reorganização do serviço da Assistência Médico-legal de Alienados proposto no decreto de 1893 (Brasil, 1893). O Pavilhão de Observação ganha maior autonomia sendo “exclusivamente reservado para a clínica psiquiátrica e moléstias nervosas da Faculdade de Medicina, sob imediata direção do lente respectivo e seu assistente” (Brasil, 1893, art. 11). Este mesmo catedrático assumiria também a direção geral da assistência, enquanto a clínica psiquiátrica funcionasse no pavilhão anexo ao Hospício Nacional (cf. art. 122). Anteriormente a nomeação do diretor geral era feita através de decreto (Brasil, 1892, art. 3).

Como podemos observar, paulatinamente os serviços de alienados foram sendo incorporados nos campos de produção de saber da medicina, passando a ser regulados pelos ditames médico-científicos proclamados por esse saber.

O novo regulamento da Assistência Médico-legal de Alienados de 1897 retirou a obrigatoriedade que o diretor geral, agora denominado inspetor geral, fosse o catedrático da clínica psiquiátrica, que porém deveria ocupar algum cargo do hospício (Brasil, 1897, art. 42).

A série de decretos publicados na década de 90 do século XIX expressava o objetivo de tornar o hospício um dispositivo de tratamento e cura, guiado pelo saber médico psiquiátrico e comprometido com a produção de conhecimento científico. O último decreto da década veio trazer mais contribuições nesse percurso (Brasil, 1899), detalhando os procedimentos para a admissão e avaliação no pavilhão de observação (cf. Art. 72), bem como as formas e motivos de licença (cf. Art. 81 a 83), na qual se estabeleciam estratégias para ensaiar o processo de alta, e reintegração na sociedade.

Entretanto, ainda existia uma lacuna a ser preenchida. Os documentos legais existentes construíram uma série de propostas de organização e reorganização no âmbito da assistência, e mais especificamente no contexto da capital da República, não respondendo a necessidade de uma legislação mais ampla, que ordenasse a forma como a nação como um todo lidaria com a questão da loucura. Entretanto, essa série de decretos já espelhava as diretrizes que a psiquiatria propunha para a instituição de uma forma determinada de relação com a loucura pela sociedade brasileira: o hospício como lugar de tratamento e cura, o isolamento sua premissa básica, e a psiquiatria como a disciplina mestre para orientar essa relação, e ao mesmo tempo, justificar sua seqüestração.

Os alienistas almejavam a criação uma legislação de cunho mais geral no nosso país que assegurasse a legitimação da psiquiatria no processo de seqüestração do louco. Entretanto, esse objetivo só foi alcançado no início do século XX. No ano de 1903 criou-se a legislação que veio garantir a assunção do saber médico como exclusivo no trato com a loucura, não só nos limites do Hospício Nacional e Distrito Federal.

Medeiros (1977) retrata o contexto de criação deste decreto:

*“A 16 de julho daquele ano, Juliano Moreira, novo diretor de Assistência a Alienados do Distrito Federal e do Hospício Nacional de Alienados, dirigiu exposição de motivos ao Ministro do Interior, J.J.Seabra, propondo a lei, e reformas na Assistência do Distrito Federal e no Hospício. A 3 de agosto, o Presidente Rodrigues Alves enviou mensagem ao Congresso, com o projeto que foi relatado, na Comissão de Saúde, pelo deputado Teixeira Brandão.”* (p.114)

Teixeira Brandão que havia sido eleito deputado neste mesmo ano conseguiu a aprovação da lei dos alienados, que torna o “psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido” (Machado *et al*, 1978, p.484).

*“A relação do Estado com os loucos tem um duplo aspecto: uma, que é de defesa da coletividade contra o perigo representado pelo louco; outra, que é de defesa do louco contra os abusos passíveis de serem praticados pela coletividade, em virtude da ‘incapacidade’ de auto-gestão do louco, no que diz respeito à sua pessoa e bens. No primeiro caso, a atenção volta-se principalmente para o louco pobre, que vaga pelas ruas, e secundariamente para o louco rico, que fica em casa mas também pode representar perigo. No segundo caso, volta-se principalmente para o louco rico, que tem bens a serem administrados e que, devido à possibilidade de dano à propriedade do indivíduo que enlouqueceu, devem ser geridos pelo Estado enquanto durar sua incapacidade legal. Mas, o que é fundamental, quando se trata do louco qualquer oposição à sua proteção e tratamento deve ser ultrapassada: daí a necessidade de recorrência ao Estado, que deve se tornar superior à família, às confrarias, a qualquer estabelecimento particular, instâncias que podem fazer do louco objeto de arbitrariedades; o Estado deve poder seqüestrar o louco, aliená-lo de seus direitos, em nome da defesa coletiva e da liberdade individual, contanto que seja assessorado pela psiquiatria.”* (Machado *et al*, 1978, pp.487-488).

A psiquiatria tornou-se o agente das ações do Estado de seqüestração do louco e de proteção da sociedade e dos bens dos alienados.

O Decreto 1132, de 22 de dezembro de 1903 (Brasil, 1903), foi um marco divisório nas tendências legislativas no campo da psiquiatria brasileira. Diferentemente dos decretos anteriores teve um aspecto mais genérico nas suas colocações, não pretendendo ser um regulamento específico para a Assistência a Alienados, ou para as instituições de tratamento psiquiátrico existentes. Primeira legislação brasileira aprovada pelo poder legislativo, assumiu uma organização mais concisa nas suas colocações, e dispunha sobre as diretrizes gerais no campo da alienação mental, a serem observadas em todo o território nacional, e não apenas no Distrito Federal, como as anteriores.

A inspiração francesa também se manteve presente na elaboração deste decreto, com a tradução literal de alguns dos pontos da lei francesa (Medeiros, 1977).

Aproximava-se das legislações anteriores em diversos pontos, como por exemplo, a manutenção do perigo a ordem pública e a segurança das pessoas como justificativas para o recolhimento ao estabelecimento de alienados, e traz inovações em outros aspectos.

Apareceu a exigência de comunicação ao juiz competente em 24 horas, no caso de reclusão por solicitação da ordem pública (cf. Art. 1, §2), e a necessidade de guarda provisória dos bens dos alienados, com participação da instância judiciária respectiva (cf. Art. 4). A garantia de uma reavaliação do exame de sanidade também era assegurada, podendo ser solicitada pelo próprio indivíduo internado, ou por pessoa interessada (cf. Art. 5).

Pela primeira vez foi assinalada a relação entre os alienados e o sistema penal, carcerário. Ficou proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos (cf. Art. 10), e já sugeria a necessidade de criação de instituições especiais para a reclusão dos loucos criminosos, e dos criminosos loucos: “Artigo 11. Enquanto não possuírem os Estados manicômios criminaes, os alienados *delinqüentes* e os condenados alienados somente poderão permanecer em asylos públicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.” (Brasil, 1903).

A internação desse tipo de alienados era de responsabilidade exclusiva do poder público, tendo em vista o duplo caráter da reclusão, ao mesmo tempo de cunho penal, e médico. Chegava à letra da lei, um aspecto que pairava sobre toda a discussão em torno da periculosidade da loucura: como lidar com aqueles alienados que rompiam com a lei instituída – os poderes médico e judiciário dividiam esse campo de discussões e ações. Os contornos dessa relação ainda não estavam totalmente delineados, mas o Decreto de 1903 já sugeria que essa questão era prioritariamente médica, e não jurídico-legal.

No ano seguinte foi publicado o Decreto 5.125, de 1 de fevereiro de 1904, do poder executivo que organizou um novo regulamento a assistência a alienados (Brasil, 1904), em conformidade com os preceitos explicitados pelo decreto de 1903. Abrangia os estabelecimentos públicos existentes no Distrito Federal (Hospício Nacional, Pavilhão de Observação e Colônias), e introduziu normas para o funcionamento dos estabelecimentos particulares destinados ao tratamento de alienados, que deveriam obter autorização de funcionamento pelo poder público, que teria responsabilidade de fiscalizá-los periodicamente. O decreto previa a criação, no âmbito da Assistência a Alienados, de uma colônia específica para os “ébrios habituais” e para os “epilépticos”,

indicando uma tendência de ampliação do campo de atuação da psiquiatria neste período.

No ano de 1911 aconteceu uma nova reorganização da assistência a alienados através de novo decreto do poder executivo (Brasil, 1911), no qual o Hospício Nacional passou a ser denominado Hospital Nacional de Alienados, e criou-se o Instituto de Neuropathologia, responsável pelas admissões dos indivíduos suspeitos de alienação mental, com três pavilhões: Pavilhão de Admissões, Pavilhão de Doenças Nervosas e o Pavilhão de Psicologia Experimental (cf. Art. 45). Mantinha-se a existência das colônias, e era prevista a organização na sua periferia de serviços de assistência hetero-familiar (cf. Art.2).

Criaram-se novas diretrizes para as admissões de urgência, que ocorreriam tanto em benefício da ordem pública quando da saúde do alienado, devendo não ultrapassar o período de sete dias, a partir dos quais deveria se proceder segundo as exigências para as demais internações (cf. Art. 99 e 100), e com necessidade de informação ao juiz competente no prazo de 24 horas, como já prescrito anteriormente (cf. Art. 102).

Em 1921, através do Decreto 14.831, foi estabelecido o regulamento para o funcionamento do manicômio judiciário<sup>6</sup> (Brasil, 1921), primeira instituição brasileira criada exclusivamente para atender as necessidades advindas da relação entre a loucura e o crime, e foi incorporada ao sistema de assistência a alienados já existente.

*“Art. 1º O Manicomio Judiciario é uma dependencia da Assistencia a Alienados no Districto Federal, destinada á internação:*

*I. Dos condemnados que, achando-se recolhidos ás prisões federaes, apresentarem symptomas de loucura.*

*II. Dos accusados que pela mesma razão devam ser submettidos a observação especial ou a tratamento.*

*III. Dos delinquentes isentos de responsabilidade por motivo de affecção mental (Codigo Penal, art. 29) quando, a criterio do juiz, assim o exija a segurança publica.*

*Paragrapho unico. No primeiro caso, a internação se fará por ordem do ministro da Justiça, que a communicará ao juiz e ao representante do Ministerio Publico, para que façam constar do respectivo processo; nos dous outros, por mandato judiciario.”* (Brasil, 1921)

---

<sup>6</sup> Sobre a criação do “manicômio judiciário” ver a obra de Sergio Carrara (1998).

As noções de profilaxia das perturbações nervosas e mentais, e de higiene mental, características do ideário da Liga Brasileira de Higiene Mental<sup>7</sup> também se fizeram presentes na organização dos dispositivos legais brasileiros na década de 20 (Brasil, 1927a, 1927b). Introduziam-se outras possibilidades de tratamento além hospício:

*“A assistência a psychopathas manterá junto aos estabelecimentos, com verbas expressamente votadas para esse fim, não só os serviços de assistência familiar como ainda **ambulatorios e serviços clínicos abertos**, especialmente destinados á prophylaxia das doenças mentaes e nervosas, que funcionarão de accôrdo com instrucções organizadas pelo director geral e aprovadas pelo ministro da Justiça”* (Brasil, 1927b, art. 2, parágrafo único, grifo nosso).

A influência da Liga Brasileira de Higiene Mental, criada por Gustavo Riedel, também estava presente na proposta dos ambulatorios psiquiátricos, sendo que os primeiros desses serviços no Brasil (1918/1919), no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, foram iniciativas dessa entidade. (Medeiros, 1977).

Começavam a aparecer indícios da entrada da psiquiatria nas residências, com a realização de visitas domiciliares pelos médicos (Brasil, 1927b, art.46), e a ampliação da formação de enfermeiros introduzindo o curso de “visitadoras sociais”, destinado as profissionais já formadas no curso regular, escolhidas entre as melhores, e incluindo na sua grade curricular “uma série de matérias (...) indispensáveis para à sua educação medico-social” (Brasil, 1927b, art.90).

Percebe-se assim a ampliação dos dispositivos psiquiátricos na sociedade brasileira em consonância com a produção de saber da época, e, desta forma, vem reforçar a maneira como o processo de construção de saberes e práticas em determinado campo do conhecimento, no nosso caso a psiquiatria, influencia a elaboração dos documentos legais.

O ano de 1934 trouxe a construção do aparato legislativo brasileiro que marcou o restante do século XX, sendo apenas modificado no início do século seguinte, com a promulgação da Lei 10.216/01, que será analisada posteriormente nesse trabalho.

O Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934<sup>8</sup>, publicado no Governo Provisório de Getúlio Vargas, reconfigurou o campo de forças na esfera legislativa psiquiátrica em nosso país.

---

<sup>7</sup> Sobre o período da história da psiquiatria marcado pela trajetória da Liga Brasileira de Higiene Mental consultar o trabalho de Jurandir Freire Costa, 1989.

<sup>8</sup> Cf. Anexo I.



Charam (1986) afirma que esta “ legislação brasileira sobre Saúde Mental (...) foi baixada em regime ditatorial, autoritário.” (p.12), sendo marcante o contexto em que o decreto foi promulgado, na qual a garantia de individuais havia sido suspensa, e caberia ao governo a funções e atribuições tanto do poder legislativo quanto executivo.

O Decreto nº 24.559, de 1934, trazia como ementa o seguinte texto: ***“Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”*** (Brasil, 1934).

Já na ementa podem-se observar alguns traços marcantes das inovações legislativas que este documento continha. Foi o primeiro documento legal que trouxe em sua ementa a questão da proteção, o que sugere a adoção de uma nova diretriz nesse campo. Os documentos anteriores centravam prioritariamente suas preocupações na organização da assistência, e dos aspectos envolvidos nesse processo, a questão da proteção às pessoas pouco aparecia, e quando presente estava em um plano secundário, geralmente associada ao processo de tratamento.

A “Assistência a Psicopatas” integrou-se a “Profilaxia Mental”, reforçando o processo de inserção do ideário da higiene mental já introduzido nos documentos legais de 1927 (Brasil, 1927a, 1927b).

As finalidades da “Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental” foram expostas no primeiro artigo do referido decreto:

*“a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal ;*

*b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;*

*c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.”* (Brasil, 1934).

Já na exposição das finalidades se observava a aliança entre tratamento e proteção legal. A proposta de proteção legal e prevenção adotada deveria ser guiada pelos “modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social” (Brasil, 1934, art. 3).

A temática dos direitos legais era assim incorporada à questão assistencial psiquiátrica, ficando a cargo dessa instância zelar pela proteção legal daqueles que sofrem de doenças mentais. A psiquiatria buscava incorporar no seu campo de atuação uma esfera que envolvia questões judiciais.

A assistência não se restringiria ao momento do tratamento em si, os momentos precedentes (predispostos a doenças mentais) e subsequentes (egressos dos estabelecimentos psiquiátricos) eram também suas preocupações.

Propunha-se a criação de um “Conselho de Proteção aos Psicopatas”, que embora o nome e sua composição<sup>9</sup> pudessem indicar um instrumento de garantia de direitos, ele assumia nas suas atribuições<sup>10</sup> um papel de instância consultiva do poder público, na definição de suas diretrizes e ações.

Além do Conselho, foi criada uma *Comissão Inspetora* que assumiria a função de órgão de proteção de direitos, sendo uma instância que tinha como objetivo primeiro fazer cumprir a lei, sob a direção direta de um representante do poder judiciário:

*“Art. 32. Para o fim de zelar pelo fiel cumprimento dos artigos do presente decreto que visam assegurar aos psicopatas o bem estar, a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal, fica constituída do Distrito Federal uma Comissão Inspetora, composta de um juiz de direito, que será o seu presidente, de um dos curadores de órfãos e de um psiquiatra do quadro da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, todos escolhidos pelo Governo, servindo em comissão.”* (Brasil, 1934).

O Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora foram extintos dez anos após sua criação através do Decreto 7055 (Brasil, 1944).

Na seção específica sobre a questão “da proteção à pessoa e bens dos psicopatas” eram discutidas as relações entre a questão da doença mental e os direitos civis, em conformidade com a legislação civil em vigor.

O primeiro aspecto colocado nesta seção era a questão da incapacidade civil, em seu artigo 26:

---

<sup>9</sup> “**Art. 2º** Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos Juizes de Órfãos, o Juiz de Menores, o chefe de Polícia do Distrito Federal, o diretor geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o psiquiatra diretor do Serviço de Profilaxia Mental, os professores catedráticos das Clínicas Psiquiátrica, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública e Higiêne, da Universidade do Rio de Janeiro, um representante do Instituto da Ordem dos Advogados, por êste escolhido, um representante da Assistência Judiciária por ela indicado, e cinco representantes de Instituições privadas de assistência social, dos quais um será o presidente da Liga Brasileira de Higiêne Mental e os demais designados pelo ministro da Educação e Saúde Pública.” (Brasil, 1934)

<sup>10</sup> “**Art 2º, § 2º** Ao Conselho incumbirá: I – Estudar as problemas sociais relacionados com proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Govêno as medidas que devam ser tomadas para beneficio dêstes, coordenando iniciativas e esforços nêsse sentido. II – Auxiliar os órgãos de propaganda de higiêne mental e cooperar com organizações públicas ou particulares de fins humanitários, especialmente instituições de luta contra os grandes males sociais.” (Brasil, 1934).

*“Art. 26. Os Psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil.*

*Parágrafo único. Supre-se a incapacidade pelo modo instituído na legislação civil ou pelas alterações constantes do presente decreto.”*

(Brasil, 1934).

O julgamento da capacidade civil era vinculado ao parecer médico-psiquiátrico, a condição de psicopata, ou doente mental, justificava inteiramente a incapacidade civil, fosse absoluta ou relativa.

Este aspecto era reforçado no artigo seguinte que instituía que a internação psiquiátrica, nos seus primeiros noventa dias, garantiria indiscutivelmente a incapacidade civil. Cruzar a porta do hospital, legitimado por um parecer médico, por si só configurava a perda da capacidade civil:

*“Art. 27. A proteção do doente mental é assegurada pelos cuidados de pessoa da família, do responsável legal ou do médico diretor do estabelecimento em que estiver internado.*

*§ 1º O psicopata recolhido a qualquer estabelecimento, até o 90º dia de internação, nenhum ato de administração ou disposição de bens poderá praticar senão por intermédio das pessoas referidas no art. 454 do Código Civil, com a prévia autorização judicial, quando fôr necessária.”* (Brasil, 1934).

Caso a internação se prolongasse, outras medidas seriam cabíveis, entre elas a curatela e a tutela, através dos procedimentos judiciais existentes.

*“Art. 27 § 2º Findo o referido prazo, se persistir a doença mental e o psicopata tiver bens rendas ou pensões de qualquer natureza, ser-lhe-á nomeado, pelo tempo não excedente de dois anos, um administrador provisório, salvo se ficar provada a conveniência da interdição imediata com a conseqüente curatela.*

*§ 3º Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretada pela autoridade judiciária competente a respectiva interdição, promovida obrigatoriamente pelo Ministério Público, se dentro de, 15 dias não o fôr pelas pessoas indicadas no art. 447 ns. I e II do Código Civil.*

*§ 4º As medidas previstas neste artigo, salvo a de interdição, serão promovidas em segredo de justiça.”* (Brasil, 1934).

A relação com a justiça aparecia então, sendo sempre embasada primariamente no parecer médico psiquiátrico que legitimasse a doença mental, e a necessidade de internação. A incapacidade civil e a tutela foram aspectos que marcaram fortemente as diretrizes que nortearam o decreto de 1934, sempre associadas a questão assistencial.

Para Delgado (1992b): “A alma do decreto é, pois, a tutela da pessoa e dos bens, como componente recomendável e essencial do cuidado, ele próprio de dupla natureza: médico e jurídico.” (p.211)

Esta organização da relação entre psiquiatria e justiça presente no decreto de 1934 era semelhante à construída pela legislação francesa de 1838, que foi discutida no capítulo anterior. A perícia médica era a base para a relação entre medicina e justiça, e para a discussão dos direitos civis dos doentes mentais.

A vigência do Decreto de 1934 por quase sete décadas da história brasileira o torna um documento importante na organização da psiquiatria brasileira, mesmo que essa vigência não tenha sido consensual.

Charam (1986), em seu estudo sobre legislação psiquiátrica, faz uma ampla consulta quanto a vigência dos instrumentos legais no campo da saúde mental, incluindo o Decreto de 1934. O resultado da consulta a várias instâncias oficiais apontou para uma indefinição quanto à vigência ou não de tal decreto. Entretanto, como aponta Delgado (1992b) embora não houvesse consenso quanto à vigência e aplicabilidade do referido decreto, ele funcionava na prática, pois as instâncias judiciárias responsáveis pelas interdições o utilizavam como base para suas decisões.

O Decreto de 1934 fechou o intenso período de produção legislativa iniciado no final do século XIX, trazendo consigo as marcas do percurso de construção do modelo psiquiátrico brasileiro. O restante do século XX teve nas diretrizes desse instrumento legal as bases para as ações desenvolvidas nas esferas jurídica e psiquiátrica.

Podemos resumir as idéias que engendraram toda a legislação brasileira no campo da psiquiatria durante o século XX: incapacidade civil, periculosidade que exige neutralização, paradoxo de garantia de tratamento e perda do direito à liberdade, psiquiatria enquanto único saber legítimo para determinar a seqüestração ou não dos doentes mentais, e o hospício como meio e lugar de tratamento e cura das doenças mentais.

Esse paradigma foi objeto de intensos questionamentos e propostas de mudança nas últimas décadas do século XX, tendo na questão da cidadania do louco e na vinculação com o movimento social os seus eixos principais. Porém, a transformação efetiva do aparato normativo ocorrerá somente no início do século XXI, com a aprovação da Lei 10.216/01, que será discutida adiante neste trabalho.

## Capítulo 4

### O cenário internacional de renovação das normatizações em psiquiatria

O processo de formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil transcorreu em um momento de intensa discussão e transformação nas normatizações no campo da saúde mental em todo o mundo. Vários governos e instituições internacionais voltaram a sua atenção para a questão dos doentes mentais, principalmente na ausência de garantias legais que respaldassem os direitos civis e sociais dessas populações, consideradas como mais vulneráveis.

No final da década de 1970 foi aprovada a lei italiana, que foi um marco na história das legislações no campo da psiquiatria, por excluir a associação entre doença mental e periculosidade em seu texto, além de afirmar uma total reorientação do modelo assistencial, ao proibir a construção de hospitais psiquiátricos e novas internações, além de prever o fechamento e substituição dos hospitais existentes. Essa lei rompe com a linha tradicional das legislações psiquiátricas inspiradas no modelo francês do século XVIII.

No início da década de 1990 foram elaborados alguns documentos que serviram como instrumentos norteadores para os países nos processos de reformulação de suas legislações e da assistência prestada, como a *Declaração de Caracas*, resultante da *Conferência para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina*, evento promovido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS), em 1990, e a Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1991.

Integrando esse amplo processo de reformulação legal, vários países revisaram os seus textos normativos procurando garantir os direitos dos doentes mentais, mediante procedimentos de internação involuntária que incorporassem instâncias para sua fiscalização e controle.

Neste capítulo traçamos o cenário dessas transformações, enfocando principalmente a lei italiana, tendo em vista sua influência no projeto original de nossa lei. Apontaremos também as principais contribuições da Declaração de Caracas, por sua abrangência latino-americana, e por ser um marco no processo de reorientação da assistência no nosso continente; e da Resolução da ONU, tendo em vista a repercussão que esse documento alcançou internacionalmente. Finalizando, apontaremos algumas experiências internacionais, buscando reforçar a tendência de transformação legal, com ampliação da garantia de direitos.

#### *4.1. A Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana – Lei 180, 13 de maio de 1978*

A primeira legislação italiana para a assistência psiquiátrica foi a Lei nº 36, de 14 de fevereiro de 1904 (Barros, 1994b) que, como as demais legislações europeias deste período, foi influenciada pela lei francesa de 1838. Os temas da periculosidade e manutenção da ordem social davam a sua tônica, e influenciaram as práticas psiquiátricas instauradas então, todas baseadas na internação em instituições psiquiátricas.

Barros (1994b) afirma que a Lei de 1904 e normas complementares estabeleceram uma forte ligação entre justiça e serviços sanitários, tornando a internação uma medida de segurança social (p.124). A primeira tentativa de reforma legal aconteceu no fim da década de 60, influenciada pelas experiências de transformação nas instituições psiquiátricas em vários países europeus no período pós-guerra. Basaglia (1982a) ressalta que no caso italiano essa influência foi superficial, à diferença de outros países europeus industrialmente mais desenvolvidos.

A reforma de 1968 introduziu disposições sobre a internação voluntária no hospital psiquiátrico, com a possibilidade de transformação da internação obrigatória em voluntária, de acordo com parecer médico. Foram instituídos serviços territoriais em torno do hospital psiquiátrico (Centros de Saúde Mental), influenciados pelo modelo francês de setor, sem, entretanto, romper com o modelo de intervenção existente até então. Os fundamentos da sanção jurídica não são tocados, mas buscam instituir mecanismos de controle para sua aplicação (Basaglia, 1982a).

A Lei de 1904 somente foi revogada com a Lei 180, em 13 de maio de 1978, cujos aspectos inovadores marcaram a trajetória da psiquiatria na Itália e, a partir de então, influenciou vários países do mundo, incluindo o Brasil.

A Lei 180/78 surgiu em um contexto histórico peculiar, no qual se consolidavam os êxitos dos movimentos de base popular que lutavam pela ampliação de direitos e pelo caráter democrático do Estado. Esse processo iniciou-se no fim da década de 60 e fortificou-se na década seguinte, quando foi colocada em discussão no parlamento italiano uma série de propostas que pretendiam a transformação das formas de organização do Estado – reforçando aspectos como a descentralização e alargamento da garantia de direitos fundamentais, como a liberdade (Rotelli, 1992).

O campo da psiquiatria já se encontrava em um momento de consolidação de um processo crítico acerca da própria psiquiatria e das suas instituições, que culminou com

a organização de experiências transformadoras da assistência que construíam alternativas ao hospital psiquiátrico, instituição central do modelo tradicional.

Basaglia (1982b) ressalta a importância do contexto de industrialização e transformação do país como impulsor da criação de novas formas de assistência no campo da psiquiatria. O marco inicial do processo italiano teve lugar na década de 60, com os trabalhos do psiquiatra Franco Basaglia, principal protagonista desse percurso. No período entre 1961 e 1968, Basaglia promoveu uma ampla reforma institucional no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, utilizando o modelo das comunidades terapêuticas como dispositivo de transformação (Basaglia, 1985).

Entretanto, a própria experiência de reforma promovida em Gorizia demonstrou não ser suficiente apenas a modificação da organização da instituição hospitalar, sendo necessário promover transformações estruturais que envolvessem a própria psiquiatria, enquanto disciplina científica, e principalmente enquanto poder.

Foi na experiência protagonizada por Basaglia e sua equipe na cidade de Trieste, norte da Itália, que essas proposições alcançaram o ápice de seu desenvolvimento, e influenciaram de maneira decisiva os rumos do processo de transformação da psiquiatria italiana<sup>11</sup>.

Em Trieste processou-se uma:

*“verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos ‘tratamentos’ violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental.”* (Rotelli & Amarante, 1992, p.43).

Foi criado um circuito de atenção totalmente substitutivo ao hospital psiquiátrico, contando com diversos dispositivos. Entre eles podemos citar: Centros de Saúde Mental (funcionamento 24 horas), Grupos-apartamentos (residências para moradia de usuários, com ou sem acompanhamento técnico), Cooperativas de Trabalho, Serviço de Diagnóstico e Cura (Emergência Psiquiátrica) e Centros-dia (Convivência).

De acordo com Basaglia (1982a), o debate transcorria entre a rigidez das propostas da psiquiatria asilar e o movimento de discussão da própria psiquiatria, seu objeto, suas funções e o poder dos técnicos. A solidez da corporação psiquiátrica foi aos poucos se diluindo como reflexo do processo de gestão alternativa das instituições como forma de superação do manicômio. A experiência italiana difere dos demais países europeus, na medida que a crise do modelo asilar traz consigo uma série de questões

<sup>11</sup> Sobre a experiência italiana, em especial de Trieste, consultar as seguintes obras: Rotelli, 1994; Rotelli et al, 2001; Dell’Acqua & Mezzina, 1991; Barros, 1994b.



não características do seu campo específico, mas sim da ordem social. E ao se difundir como prática disseminou a crítica ao manicômio enquanto instituição e ideologia, evidenciando o vínculo entre a ordem asilar tradicional e os modelos de gestão, através de sua cumplicidade prática e afinidade ideológica.

Concomitantemente, consolidavam-se as experiências práticas de intervenção que possibilitariam uma superação do modelo asilar, ou ao menos as diretrizes para que isso acontecesse (Basaglia, 1982a).

E foi nesse contexto que surgiu a necessidade de redefinição dos documentos normativos da psiquiatria na Itália, no final da década de 70. A nova legislação é uma forma de responder essa necessidade.

A reformulação da legislação italiana envolveu o parlamento e o Ministério da Saúde. O primeiro passo nesse sentido foi a proposição de um *referendum* pelo Partido Radical para a revogação completa da legislação de 1904. Em resposta a essa proposição o Ministério da Saúde constituiu uma comissão para estudar e propor a revisão legal (Barros, 1994b). Basaglia não participou diretamente nesse processo, porém suas idéias influenciaram a nova lei, tendo em vista o reconhecimento nacional e internacional da sua proposta de transformação (Rotelli & Amarante, 1992).

A legislação foi aprovada em curto prazo de tempo no parlamento italiano por ampla maioria, tendo apenas o Partido Liberal e o grupo fascista votado contra a proposição (Rotelli, p.93).

Após cerca de sete meses de sua aprovação, a Lei 180/78 foi quase integralmente incluída na lei que instituiu o Serviço Sanitário Nacional (Lei 833, 23 de dezembro de 1978), conhecida como Lei de Reforma Sanitária.

Como se pode perceber o contexto italiano no campo da saúde era de grande transformação, não se restringindo ao campo da psiquiatria. A Lei 180/78 precede o momento de reorganização normativa de todo o sistema de saúde italiano, passando a fazer parte desse processo na medida que é incorporada à legislação do serviço sanitário como um todo.

Embora a Lei 180 tenha sido conhecida por sua aplicação no campo da psiquiatria, ela não é uma lei que se restringe a esse campo, abrangendo todo o rol de doenças que possam necessitar de tratamentos sanitários, sejam voluntários ou obrigatórios. De fato, contém artigos que se aplicam especificamente à doença mental e ao seu tratamento e outros de abrangência geral.

Basaglia (1982a) ressalta que a própria denominação da lei “*Sobre tratamento sanitário voluntário e obrigatório*”, já demonstra um novo enfoque, ou seja, a lei não se

centra mais na doença e suas categorias, mas sim sobre as formas e razões de tratamento.

De acordo com a lei, em princípio todos os tratamentos são voluntários. Porém, existe a possibilidade de tratamentos sanitários obrigatórios (TSOs) que são dispostos pela autoridade e devem ser realizados respeitando a dignidade da pessoa e os direitos civis e políticos garantidos pela Constituição, compreendido na medida do possível o direito à livre escolha do médico e do local de atendimento. Este ponto é fundamental, pois coloca o aspecto voluntário do tratamento em primeiro plano, e recoloca o tratamento obrigatório em uma ótica de exceção, não como regra, invertendo a lógica vigente.

Os TSOs são estabelecidos pelo prefeito, na qualidade de autoridade sanitária local, sob o parecer de um médico (artigo 1º). O TSO pode ser feito na modalidade de internação hospitalar, desde que: haja necessidade de intervenção de forma urgente, as medidas não sejam aceitas pelo enfermo, não existam condições e circunstâncias que permitam adotar medidas sanitárias extra-hospitalares oportunas e apropriadas (artigo 2º). Nos casos de internação hospitalar em um TSO a instância judiciária local deve ser notificada em um prazo de 48 horas, prazo em que o juiz avalia e ratifica ou não a internação (artigo 3º). Desta forma três instâncias participam do processo de determinação de um TSO: o poder executivo local, a instância médica, e a judiciária.

A lei determina que as intervenções de prevenção, tratamento e reabilitação, relativas às doenças mentais sejam realizadas normalmente pelos serviços psiquiátricos extra-hospitalares (artigo 6º), passa a ser proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos (artigo 7º), e prevê a superação gradual dos hospitais existentes.

Criam-se os Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura que funcionam nos hospitais gerais, com no máximo 15 leitos, devendo estar integrados aos demais serviços psiquiátricos existentes no território.

A criação dos leitos psiquiátricos em hospital geral é para Basaglia (1982a) um ponto controverso no texto da lei, na medida em que representa uma tentativa de integrar medicina e psiquiatria em uma lógica que tende a não introduzir no modelo médico o questionamento já desenvolvido no campo psiquiátrico. A centralização da medicina na intervenção hospitalar vem em sentido contrário ao princípio de territorialização da assistência psiquiátrica proposto na lei.

Basaglia (1982a) ressalta que a legislação italiana desloca o foco do comportamento para o serviço. Do comportamento enquanto perigoso, se passa à necessidade de tratamento hospitalar enquanto última alternativa para um sistema de

serviços que não organizou no território respostas eficazes para aquele caso. Quer dizer, delimita-se a tendência de reversão do modelo de tratamento, reforçado por um instrumento legal, que determina a substituição de um modelo de tratamento, baseado na internação, e conseqüente restrição de liberdade, para um de base territorial, que respeita e mantém todos os direitos dos cidadãos.

A lei prevê também a modificação em artigos específicos do Código Penal, Código Civil e normas eleitorais (artigo 11), de maneira a garantir ao cidadão pleno gozo de direitos civis, independente de sua condição de doente.

A garantia de tratamento e de direitos civis são as bases da legislação italiana, que reconhece no louco sua condição de cidadão doente. A inserção no circuito de atenção e cuidado psiquiátrico deixou de ser associada à constatação de periculosidade para si, para os outros, e para a ordem social. A necessidade de cuidado e atenção foi o que passou a determinar o tratamento psiquiátrico, preferencialmente de base territorial.

Para Basaglia (1982b) o que há de mais interessante no espírito da lei, é não se falar mais de periculosidade. Coloca-se o doente dentro da medicina, ao lado dos outros doentes: se uma pessoa é doente não pode ser perigosa (p.479).

Rotelli (1991), ao analisar a lei italiana, afirma que:

*“Com a Lei 180, pela primeira vez no mundo ocidental, todos os cidadãos readquirem pleno direito de cidadania política e civil. Um contingente significativo de excluídos do direito de cidadania o retomam pela primeira vez plenamente e, a partir desse momento, todos os cidadãos, sem exceções, podem considerar-se dotados de direitos políticos e civis.” (p.119).*

Analisando a Lei 180, Basaglia ressalta que nela é explícito o reconhecimento que a assistência aos doentes mentais não pode mais ser gerida como no passado, e que a destruição do manicômio não significaria o abandono ao doente, mas sim a criação de premissas para que ele possa ser acompanhado de modo melhor, e ser ajudado nas suas reais dificuldades. Ressalta ainda os aspectos contrastantes da lei: por um lado ela pode re-propor o que chamamos de mistificação psiquiátrica e, por outro pode ser considerada como um resultado importante das lutas conduzidas nestes anos. Ao inserir a questão social no âmbito da medicina, há o perigo de favorecer uma nova mistificação da realidade, medicalizando os problemas, e dificultando a tomada de consciência da sua dimensão social. (Basaglia, 1982b, pp.478, 479).

Rotelli (1992) afirma que as principais dificuldades encontradas para a implantação da lei estavam relacionadas à questão da organização institucional da

reforma sanitária. O processo de descentralização colocado em prática colocou à frente do sistema de saúde uma série de atores com novas funções, que eles não haviam exercido anteriormente, tornando todo o processo mais lento.

As propostas de modificação que surgiram na primeira década de implantação da lei, enfocaram mais as dificuldades de aplicação de certos aspectos, e assim, destinavam-se mais a qualificar a aplicação da lei, do que modificá-la (Rotelli, 1992, p.95).

Passadas mais de duas décadas da aprovação da lei italiana, e ela tem se mantido como elemento fundamental para o processo de transformação da psiquiatria italiana.

Uma lei pode funcionar como elemento facilitador das propostas de mudanças, embora nem sempre haja garantias de implantação de suas propostas. Entretanto, a Lei 180 vem cumprindo o seu papel de facilitador do processo de transformação:

*“É impossível julgar se uma lei como a 180 é definitiva, ou se é apenas uma etapa, simplesmente, uma ajuda no processo de mudanças. Creio que atualmente o problema da mudança da lei é essencial mas o que de fato conta, o que é importante, indubitavelmente, é a transformação cultural, a transformação organizativa, a transformação administrativa na gestão das estruturas.”* (Rotelli, 1992).

Como mostra a análise das políticas públicas, a relação entre leis e transformações na psiquiatria é sempre um ponto nodal para o nosso campo. As estratégias de transformação podem ou não contar com reformulações legislativas, e não existe de fato uma relação causal direta entre uma nova lei e a transformação almejada. A existência da lei não garante a sua execução, e muitas vezes termina por se tornar “letra-morta”, ou seja, não consegue passar do texto da lei para a sua efetiva implementação.

Rotelli (1992) salienta um aspecto importante relacionado à existência de uma legislação em psiquiatria e as transformações necessárias:

*“Eu penso que o problema das legislações em psiquiatria é um problema permanentemente em aberto. É difícil saber se as mudanças em psiquiatria podem ser determinadas por lei ou se são determinadas sobretudo através de modificações culturais, de alterações importantes dos aparatos técnicos, de modificações no campo disciplinar, no campo da cultura popular, no campo da cultura dos profissionais. Indubitavelmente, porém, algumas leis podem ser necessárias, sobretudo para eliminar leis do passado, na medida em que estas*

*representem um obstáculo muito importante às modificações.*” (Rotelli, 1992, p.96).

A lei italiana tem sido discutida em vários momentos e em diferentes países, e é sem dúvida um marco na história recente da psiquiatria, tendo sido discutida em diversos eventos internacionais e em publicações técnicas e científicas.

De Girolamo & Cozza (2000) analisaram os primeiros vinte anos de aplicação da lei italiana, buscando apontar os avanços e dificuldades nesse percurso. Os autores afirmam que devido ao fato da lei ter sido aprovada em um curto espaço de tempo, ela se configurou como uma lei geral que estabeleceu diretrizes para reorganização da psiquiatria no país, porém sem definir: normas para a provisão de serviços; alocação de orçamento específico para a assistência em saúde mental e construção de novos serviços; nem estratégias de treinamento para os profissionais de saúde mental transferidos da assistência hospitalar para os serviços de base comunitária.

A tarefa de delinear e implementar normas detalhadas para a transformação organizacional proposta pela lei ficou a cargo das regiões, o que acarretou uma ausência de homogeneidade nacional no processo de implantação da lei (Girolamo & Cozza, 2000).

Rotelli (1992) também destaca esse aspecto:

*“Enfim, sempre e cada vez mais, a ótica exposta anteriormente, de mudar a lei, dá lugar à idéia que a Lei 180 era muito esquemática, demasiado genérica e que se fazia necessário precisar tempos e formas para a implantação das estruturas, assim como para a articulação entre elas.”* (p.95).

Girolamo & Cozza (2000) afirmam que as pressões para o alcance de metas de fechamento de hospitais, ocorridas em meados da década de 90, acarretaram em alguns lugares a transformação de estruturas hospitalares em serviços residenciais, sem que de fato ocorresse uma transformação real nestes estabelecimentos. Por outro lado, houve um crescimento do acesso da população ao atendimento em saúde mental, e do número e modalidades de dispositivos assistenciais, além da diminuição das disparidades entre as regiões mais ricas e mais pobres do país. Um outro dado considerado positivo foi a diminuição das internações compulsórias, que em 1975 eram de 50% do total de internações psiquiátricas, passando para 20% em 1984, e para 11,8% em 1994. A diminuição marcante das taxa de internações compulsórias é considerada muito relevante, pois demonstra os esforços dos serviços em construir uma aliança terapêutica

real com os pacientes, mais do que fazer somente uma política de controle social (p.211).

#### **4.2. Declaração de Caracas – Conferência para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina**

Em novembro de 1990 foi realizada em Caracas, Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Este evento marcou a história recente das políticas de saúde mental em nosso continente, por ter traçado as linhas mestras do processo de mudança a ser trilhado.

A Conferência foi organizada com o suporte técnico e financeiro do Instituto Mario Negri (Milão, Itália) e com apoio de diversas entidades do campo da psiquiatria<sup>12</sup>, reforçando a relevância do evento.

Participaram da Conferência delegações técnicas<sup>13</sup> e membros dos parlamentos<sup>14</sup> de diversos países, demonstrando a adesão à proposta do evento e garantindo a representatividade da América Latina nas discussões e deliberações.

Como resultado dos trabalhos desenvolvidos na Conferência foi redigido um documento com o objetivo de nortear as ações para a reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina, denominado *Declaração de Caracas*, que parte de uma crítica à assistência psiquiátrica tradicional e ao hospital psiquiátrico como única modalidade assistencial, e reforça a Atenção Primária de Saúde como estratégia para a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais (OPAS, 1990, pp.XV-XVI).

Além da proposta de reorientação do modelo assistencial, passando do modelo hospitalar para o comunitário, a preocupação com a garantia de direitos também está presente no documento: “os recursos, cuidados e tratamentos dados devem salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis”

---

<sup>12</sup> Associação Mundial de Psiquiatria, Associação Mundial para a Reabilitação Psicossocial, Associação Psiquiátrica da América Latina, Centro Colaborador da OMS da Universidade de Umea/Suécia, Comissão Interamericana de Direitos Humanos / Organização dos Estados Americanos (OEA), Conselho de Saúde de Astúrias / Espanha, Câmara Provincial de Valência / Serviço de Saúde Mental / Espanha, Direção Geral de Ordenação Sanitária da Comunidade de Andaluzia / Espanha, Federação Mundial de Saúde Mental, Serviço de Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Livorno / Itália, Serviço de Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Parma / Itália, Serviço de Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Reggio Emilia / Itália, Serviço de Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Trieste / Itália, Sociedade Interamericana de Psicologia e Sociedade Venezuelana de Psiquiatria.

<sup>13</sup> Brasil, Colômbia, Chile, Curaçao, Costa Rica. Equador, Estados Unidos da América, México, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

<sup>14</sup> Argentina, Brasil, Chile, Equador, Espanha, México, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.

(OPAS, 1990, p.XVI). Essas orientações devem ser incluídas nas legislações dos países, de modo a assegurar sua consecução:

*“4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: (a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; (b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento.”* (OPAS, 1990, p.XVI).

A discussão sobre garantia de direitos aos doentes mentais e a legislação psiquiátrica foram pontos centrais da Conferência, o que demonstra a importância que as normas legislativas para a transformação no campo assistencial.

A preocupação das instituições internacionais de saúde com a mudança da legislação psiquiátrica, de modo a incorporar a garantia de direitos aos doentes mentais e estabelecer mecanismos de transformação assistencial, aparece nitidamente na Conferência e se mantém como agenda prioritária nos anos seguintes (WHO, 1996a; WHO, 1996b; OMS, 2001).

As discussões dos grupos de trabalho da Conferência se dividiram em dois pontos: Aspectos éticos e jurídicos e Aspectos técnicos e conceituais (OPAS, 1990) resultando nas seguintes constatações e recomendações:

- constatação da restrição dos direitos dos doentes mentais, principalmente no caso dos doentes internados;
- ordenamentos jurídicos não protegem com eficácia os direitos dos pacientes;
- necessidade de formular leis que relacionem os direitos dos pacientes e formas de suas garantias;
- necessidade de incorporar nas legislações dos países as normas para o pleno reconhecimento dos direitos estipulados em convenções internacionais;
- a aprovação da legislação da reforma da assistência psiquiátrica provoca um debate público sobre a necessidade de assegurar o exercício dos direitos dos pacientes;
- disposições existentes nas legislações sobre a assistência à saúde mental na América Latina carecem de aplicação real;
- abolição da internação forçada, enquanto medida de ordem pública, e sua manutenção excepcional como medida de caráter terapêutico sujeita, em todo caso, à revisão judicial;



- legislações no campo da saúde mental devem incorporar todos os setores institucionais a serem alcançados pela reforma, devido ao caráter intersetorial e interdisciplinar desse campo;
- os parlamentos nacionais devem revisar periodicamente o grau de cumprimento da legislação sobre saúde mental;
- importância do compromisso do Estado e da sociedade para facilitação da reabilitação do incapacitado mental;
- promulgação de normas jurídicas que imponham a realocação de recursos destinados ao sistema hospitalar para o novo modelo assistencial, viabilizando o seu funcionamento;

De uma forma geral, as deliberações do grupo de trabalho vêm reforçar a importância das revisões legislativas, de modo a garantirem os direitos dos doentes mentais, incluindo a regulação das internações psiquiátricas involuntárias através de estratégias de revisão pela instância judiciária. A reestruturação da assistência também deve ser alvo das reformas legais e devem garantir direitos, tanto civis e sociais, quanto ao próprio direito ao tratamento adequado:

*“Uma estratégia global que propicie a Reestruturação é constituída pela promoção de mudanças legais, tanto em relação à proteção dos direitos humanos dos doentes quanto no que concerne o exercício do direito dos cidadãos de receber assistência psiquiátrica adequada, oportuna e em seu domicílio.”* (OPAS, 1990, p.115).

A Declaração de Caracas é um documento fundamental no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina. No Brasil tem sido utilizada como base para o processo de reforma, sendo incluída no rol dos documentos fundamentais para o campo da saúde mental pelo Ministério da Saúde (MS, 2004).

### 4.3. Resolução 46/119 da Organização das Nações Unidas (ONU), 17 de dezembro de 1991

A Resolução 46/119 da Organização das Nações Unidas (ONU), aprovada pela Assembléia Geral em 17 de dezembro de 1991, trata da “*Proteção das pessoas com doença mental e melhoria da assistência em saúde mental*” (United Nations, 1991).

Essa resolução reforça a importância da garantia dos direitos dos doentes mentais e a responsabilidade dos governos no desenho de estratégias e medidas legais para a sua promoção. Pretende ser um guia de referência para que os governos construam ou revisem as legislações nacionais, levando em conta os princípios propostos. O texto reafirma que os direitos fundamentais (civis, políticos, econômicos, sociais e culturais) preconizados pela ONU devem ser também garantidos para as pessoas com doença mental sem nenhuma forma de discriminação. E mais ainda, vem reforçar a garantia do tratamento, e sua realização preferencialmente na comunidade onde a pessoa vive de forma menos restritiva possível.

Todo e qualquer tratamento só deve ser aplicado ao paciente com o seu consentimento informado, ou seja, aquele que é obtido livremente, sem induções ou ameaças. A admissão involuntária só deve acontecer quando todos os esforços para evitá-la não forem suficientes, e houver riscos iminentes para a própria pessoa ou para outros. A resolução prevê a existência de um “Corpo de Revisão” responsável por avaliar os casos de admissão involuntária, que deverá ser um órgão judicial, ou outro órgão independente e imparcial estabelecido pela legislação local, sendo assessorado por profissionais de saúde mental qualificados e independentes. A perda da capacidade civil somente poderá acontecer desde que haja avaliação por um tribunal independente e imparcial, estabelecido de acordo com a legislação local.

Os princípios da Resolução da ONU reforçam que a psiquiatria e suas formas de tratamento, que por muitas vezes restringem a liberdade, envolvem aspectos legais e essa relação não deve ser restrita ao campo médico, mas intermediada por instâncias jurídicas que salvaguardem os direitos das pessoas acometidas de doença mental.

As decisões da ONU são recomendações para as ações dos diversos governos e buscam implicar as nações no alcance dos objetivos propostos, embora não se tenha uma exigência legal de seu cumprimento.

No momento que a questão da saúde mental é tomado como tema de debate é demonstrada a importância e atualidade do processo de reformulação legal para os

diferentes países, incluindo o Brasil que já tinha iniciado este processo dois anos antes dessa resolução.

Apesar de sua relevância, a Resolução da ONU não é entendida como totalmente positiva por alguns autores. Gendreau (1997) faz uma análise interessante do seu processo de elaboração e da sua estrutura interna, enfocando principalmente a questão do “consentimento informado” e trazendo à luz suas incoerências internas. Para a autora canadense, a resolução espelha as discordâncias entre duas linhas de pensamento surgidas durante o seu processo de formulação, iniciado no fim da década de 1970.

Uma primeira, que entende a saúde como um valor em si, tendo como base o direito ao tratamento. O direito à recusa ao tratamento é concebido como corolário do direito ao tratamento, ou seja, a recusa do paciente é percebida como um sintoma da doença mental e, assim, um empecilho para o direito ao tratamento e conseqüentemente para a melhora da saúde. Essa compreensão justifica a internação involuntária como forma de garantir o tratamento, desde que exista uma decisão médica (Gendreau, 1997, pp.269-270).

A segunda linha de pensamento parte de valores como autonomia e equidade, e entende que os pacientes psiquiátricos não são necessariamente mentalmente incompetentes, devido ao seu diagnóstico, para exercer seu direito de consentir ou não ao tratamento. O direito ao tratamento e o direito a recusa não são entendidos como mutuamente excludentes, mas sim derivados do direito de consentir ao tratamento (Gendreau, 1997, p.270).

Para a autora, a primeira linha de pensamento, que traz uma orientação médica, teve uma influência marcante nos princípios da resolução, consagrando uma abordagem médica particular para os direitos humanos. O direito ao tratamento predomina, partindo do pressuposto que este é sempre um valor positivo para a pessoa (Gendreau, 1997, p.276).

A análise da autora leva à conclusão que os princípios da Resolução da ONU terminam por infringir os direitos de proteção à discriminação, tendo em vista as diferenças de abordagem do consentimento ao tratamento no caso das doenças mentais adotados. E mais ainda, terminam por criar uma série de recursos para justificar o uso do poder médico de coerção e não para proteger os pacientes psiquiátricos desse mesmo poder (Gendreau, 1997, p.277).

A discussão trazida por Gendreau (1997) é um bom exemplo para visualizarmos o quanto o processo de formulação de políticas públicas no campo da psiquiatria é repleto de divergências e aspectos controversos. Os diversos atores com suas formas de

entendimento e interesses compõem as matrizes com as quais são construídas as proposições, espelhando assim o contexto científico e cultural em que elas estão inseridas. O consenso construído é repleto de divergências que se polarizam, se organizam de maneira a constituir a base das propostas a serem adotadas, de forma a abranger as diferentes proposições.

A Organização Mundial de Saúde adota explicitamente os princípios determinados pela ONU, e toma como fundamentos a serem adotados pelos países no processo de construção e revisão das legislações psiquiátricas, e da organização dos serviços de saúde mental. No ano de 1996 publica um guia de orientação para facilitar o entendimento e aplicação desses princípios (WHO, 1996a). Para cada princípio são apresentadas algumas perguntas que permitem verificar em que extensão ele está sendo aplicado, constituindo-se um instrumento qualitativo que permite estabelecer abordagens alternativas para monitorar a aplicação de cada princípio, respeitando as especificidades e recursos locais.

#### **4.4. Lei de Atenção à Saúde Mental: Dez princípios básicos da Organização Mundial de Saúde**

Em continuidade aos esforços comentados nos tópicos anteriores, em 1996 a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996b) propôs uma lista de dez princípios a serem observados no processo de elaboração e revisão legal pelos países membros, sob inspiração da Resolução 46/119 da ONU, e com subsídios de um estudo comparativo das leis nacionais de saúde mental de quarenta e cinco países desenvolvido pela própria OMS.

De uma forma geral, a OMS propõe estratégias de garantia de direitos e reorganização da rede assistencial, além de ressaltar a importância do respeito aos dispositivos legais.

Os três primeiros princípios relacionam-se à organização da assistência e ao respeito aos instrumentos e preceitos médicos internacionais:

- 1. Promoção da Saúde Mental e Prevenção dos Transtornos Mentais*
- 2. Acesso a Atenção Básica em Saúde Mental*
- 3. Dispositivos em Saúde Mental em consonância com os Princípios aceitos Internacionalmente*

A partir do quarto princípio é introduzida a questão da garantia de direitos, que aparece associada ao tipo de assistência prestada pelos serviços de saúde mental, que devem respeitar esses direitos:

- 4. Desenvolvimento de formas de atenção à saúde mental menos restritivas*

O quinto e sexto princípios abordam diretamente a questão do consentimento informado, buscando garantir que nenhuma intervenção seja realizada sem o consentimento do paciente:

- 5. Auto-determinação (self-determination)*
  - *Consentimento é necessário antes de qualquer tipo de intervenção.*
- 6. Direito de ser assistido no exercício da auto-determinação*
  - *No caso de um paciente ter dificuldades em compreender as implicações de uma decisão, embora não seja incapaz de decidir, ele deverá ser beneficiado pelo auxílio de uma terceira parte, reconhecidamente capacitada, para auxiliar a sua escolha.*

Os três próximos princípios buscam assegurar dispositivos de garantia de direitos, através de mecanismos de revisão realizada por instâncias competentes e isentas:

7. *Existência de Procedimentos de Revisão*

- *Deverá existir um procedimento de revisão disponível para qualquer decisão de um juiz, representante legal ou serviços de saúde. Este procedimento deve ser acionado dentro de três dias da decisão. Os pacientes devem ter a oportunidade de serem ouvidos enquanto pessoas.*

8. *Mecanismos de Revisão Automática e Periódica*

- *Deverá existir um mecanismo de revisão automática e periódica a ser utilizado no caso de uma decisão afetar a integridade (tratamento) e/ou a liberdade (hospitalização) com um impacto em longo prazo.*

9. *Agentes de decisão (decision-makers) qualificados*

- *Agentes de decisão atuando oficialmente (p.ex. juiz) ou representante deverão ser qualificados para as suas ações.*

O último princípio reforça a importância do respeito à lei. Embora possa parecer um aspecto redundante, existem análises que apontam para o não cumprimento efetivo dos dispositivos legais existentes:

10. *Respeito às regras da lei*

- *As decisões devem ser tomadas considerando o corpo da lei em vigor, e não em outras bases ou em bases arbitrárias.*

Como se pode observar esses princípios estão claramente baseados na Resolução da ONU, o que demonstra a importância desse documento no contexto mundial de reorganização do campo da saúde mental, principalmente o aspecto legislativo envolvido.

#### *4.5. Inovações no contexto internacional de construção da garantia de direitos dos doentes mentais*

A necessidade de revisão e/ou criação legislações no campo da psiquiatria que salvaguardem os direitos civis e sociais dos doentes mentais tem sido um objetivo comum à grande maioria de países do mundo.

A década de 1990 foi um cenário promissor para inovações legislativas no campo da psiquiatria. Segundo estudo da OMS, cerca de metade das leis existentes em 2001 foram elaboradas neste período (OMS, 2001). Podemos associar a elaboração dos instrumentos internacionais apresentados nas seções anteriores com esse processo.

As formas construídas para garantia desses direitos têm respeitado os contextos sociais e culturais e, por isso, embora exista uma tendência internacional para desenhar estratégias legislativas inovadoras, elas não possuem um único formato ou perspectiva.

A adoção de medidas de controle e regulamentação das internações involuntárias é com certeza um aspecto que tem caracterizado as revisões legais, como nos países na Tabela 1. Porém, nem sempre são acompanhadas por transformações nas formas de entendimento sobre o papel social dos doentes mentais e as suas formas de inserção e relacionamento social. O caso da legislação da Índia pode ser exemplar nesse aspecto, pois ao mesmo tempo fala em proteção dos doentes mentais e da proteção da sociedade desses mesmos doentes mentais, o que implica na manutenção do conceito de periculosidade social (Ganju, 2000).

Outro aspecto que vem dificultando o processo é o não cumprimento dos instrumentos legislativos existentes. A existência de um texto legal em consonância com os princípios internacionalmente aceitos não obriga que os países estejam de fato exercendo as suas práticas de acordo com ele. A implantação de uma lei é um processo contínuo, e em muitos casos de longo prazo, que exige permanente comprometimento das instâncias de poder responsáveis pela sua execução, e aprimoramento dos objetivos sociais em que se baseia. Em muitos casos, embora haja uma aceitação inicial da lei, ela passa por processos de questionamento e propostas de reforma. A lei inglesa é um exemplo desse processo, como mostrou Davidson (2002).

A tabela a seguir apresenta alguns exemplos de revisão legal e suas características principais.

**Tabela I: Revisões da Legislação Psiquiátrica – Países Selecionados – 1987-1999**

<b>País</b>	<b>Ano</b>	<b>Denominação</b>	<b>Características</b>
<b>Índia<sup>(a)</sup></b>	1987	Lei da Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulamenta a admissão nos hospitais psiquiátricos.</li> <li>- Objetiva proteger a sociedade da presença de pessoas com doença mental que são ou podem ser um perigo para os outros.</li> <li>- Objetiva proteger cidadãos de uma internação psiquiátrica sem causa suficiente.</li> <li>- Cria dispositivos para guarda e custódia dos doentes mentais que são incapazes de gerir seus interesses.</li> <li>- Regula as ações do governo para criação, licenciamento e controle dos hospitais psiquiátricos.</li> <li>- Cria auxílio legal para os doentes mentais, custeado pelo Estado, em casos determinados.</li> </ul>
<b>Israel<sup>(b)</sup></b>	1991	Lei para o Tratamento dos Doentes Mentais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulamenta o exame e a internação psiquiátrica (voluntária e involuntária).</li> <li>- Introduce instância judiciária nos casos de internação involuntária – comissão de três membros (um juiz ou advogado e dois psiquiatras).</li> </ul>
	1960 (1995)	Lei da Juventude (cuidado e supervisão)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulamenta o exame e tratamento psiquiátrico para menores (hospitalização voluntária, involuntária e tratamento ambulatorial compulsório)</li> <li>- Cria o “Tribunal de Saúde Mental dos menores”, composto por cinco membros (um juiz ou advogado, e quatro profissionais especializados na área da infância/adolescência) responsável pela supervisão da internação, em especial a involuntária.</li> </ul>
<b>Japão<sup>(c)</sup></b>	1999	Lei do Bem Estar e da Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetiva a proteção dos direitos humanos.</li> <li>- Cria serviços comunitários.</li> <li>- Regulamenta a Internação voluntária com consentimento informado.</li> <li>- Cria Comissão de Revisão Psiquiátrica para avaliação das requisições de alta e queixas dos pacientes.</li> <li>- Isenta a família da responsabilidade por danos causados durante o tratamento.</li> </ul>
<b>Nova Zelândia<sup>(d)</sup></b>	1992 (1999)	Lei da Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulamenta o tratamento psiquiátrico compulsório.</li> <li>- Explicita os direitos dos doentes mentais, e cria sistema para proteção desses direitos.</li> <li>- Inclui maior envolvimento das famílias nos processos clínicos e legais.</li> <li>- Aperfeiçoa os direitos das vítimas de atos violentos cometidos por doentes mentais.</li> </ul>
<b>Suécia<sup>(e)</sup></b>	1991	Lei do Cuidado Psiquiátrico Involuntário Lei do Cuidado Psiquiátrico Forense	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulamentam o tratamento psiquiátrico involuntário.</li> </ul>
	1994	Lei de Apoio e Serviços para os Deficientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especifica os direitos das pessoas com doenças crônicas ou incapacidades persistentes, incluindo as pessoas com doenças mentais graves e persistentes.</li> </ul>

Fontes: (a) Ganju (2000); (b) Mester (1998); (c) Kuno & Asukai (2000); (d) Wilson (2000); (e) Silfverhielm & Kamis-Gould (2000).



As legislações apresentadas na tabela anterior têm caráter nacional, entretanto, existem alguns países que, por sua organização federalista, possuem apenas legislações locais, que podem respeitar, ou não, uma orientação nacional que direciona os princípios comuns para sua organização. Podemos citar os exemplos do Canadá (Goering, Wasylenki & Durbin, 2000) e da Austrália (Whiteford, Thompson & Casey, 2000) como países que possuem apenas legislações locais no campo da psiquiatria.

A bibliografia internacional consultada nesta seção não permitiu vislumbrar o processo de formulação das legislações em vigor nos países estudados. Desta forma, não foi possível conhecer experiências semelhantes à brasileira, no qual o processo de revisão da legislação psiquiátrica foi fortemente impulsionado pela sociedade organizada, através de um movimento social que objetivava a construção de uma sociedade sem manicômios.

## Capítulo 5

### O surgimento do Projeto de Reforma Psiquiátrica no Brasil

A apresentação do Projeto de Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira ao poder legislativo foi decorrência de um intenso momento de discussão e mobilização social em torno da questão psiquiátrica em nosso país. Neste capítulo discutiremos as condições de possibilidade que levaram à formulação inicial deste projeto, de forma a delinear os pontos principais que dispararam a intensa discussão que caracterizou a sua longa tramitação no legislativo. O cenário inicial desse percurso aconteceu no fim dos anos 70, mais de vinte anos antes da promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica, em 2001.

A segunda metade da década de 1970 foi caracterizada pelo tímido início do processo de redemocratização do país, após o regime militar imposto em 1964. Em resposta ao crescimento do movimento de oposição ao regime, e como uma tentativa de manutenção de equilíbrio e poder, o governo militar foi estabelecendo estratégias para uma transição controlada, um processo de abertura “lenta, gradual e segura”. Algumas atitudes avançavam no sentido da democracia, e outras retrocediam, caminhando para o controle necessário do processo. As eleições parlamentares de 1974 com amplo debate entre os candidatos e propaganda política expressos de forma livre, e em 1976 a restrição da propaganda eleitoral nos meios de comunicação através da “Lei Falcão”, foram exemplos desse ir e vir na dialética autoritarismo-democracia em nosso país.

As ações do período de governo militar também influenciaram a organização do sistema de saúde, inclusive no campo da assistência psiquiátrica.

No início do regime militar (1965-1970) houve um grande investimento na ampliação e manutenção da rede privada de assistência, o que ocasionou um aumento significativo na oferta de leitos psiquiátricos (Resende, 1987). O crescimento da rede hospitalar privada, associado à ausência de mecanismos de controle das formas de admissão e saída, levou a uma elevação significativa da população internada. Desta forma, a assistência psiquiátrica da década de 1970 se caracterizava pelas longas internações em grandes asilos, com pouca ou nenhuma perspectiva terapêutica e péssimas condições de vida. As iniciativas para modificação desse quadro, como por exemplo a criação de ambulatórios na rede pública, mostraram-se pouco eficientes para enfrentar o gigantesco parque manicomial erguido então, e ao contrário, terminavam por fortalecer o próprio sistema existente.

Somente em um momento de transição para uma democracia possível o debate entre formas de exclusão social e desrespeito aos direitos humanos poderia fazer sentido. Assim, a conjuntura de abertura continha um intenso debate público sobre os rumos da nação, principalmente um grande clamor por medidas que restaurassem a liberdade, a garantia de direitos e a democracia.

Neste contexto surgiu um movimento de intensa crítica ao sistema psiquiátrico existente, que marcou definitivamente a história recente da psiquiatria brasileira, cujo marco inicial pode ser situado no ano de 1978, com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que subjacente a uma reivindicação trabalhista, realizou uma crítica importante das condições de tratamento, denunciando o desrespeito aos direitos humanos dos internos dos hospitais psiquiátricos brasileiros (Amarante *et al*, 1995). O MTSM surgiu como um fórum de profissionais de saúde, entretanto, essa configuração não foi uma das suas características mais marcantes. Um dos pontos que mais tem chamado a atenção no caso brasileiro de Reforma Psiquiátrica é a participação da sociedade nas discussões em torno da transformação da psiquiatria desde o seu momento inicial.

Amarante *et al* (1995) ressaltam que: “o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental.” (p.64-65). A caracterização como um movimento de trabalhadores já expressava claramente a sua vinculação com os movimentos de base popular dessa época.

Um outro aspecto relevante do MTSM foi a premissa que a transformação da assistência psiquiátrica não é um objetivo em si, mas estaria vinculada à busca de uma democracia plena e uma organização mais justa da sociedade (Amarante *et al*, 1995, p.62).

Os profissionais de saúde mental denunciavam as condições desumanas nos hospitais psiquiátricos e exigiam transformações. Essa reivindicação, nascida no seio de um movimento técnico e de luta por direitos trabalhistas, foi se ampliando sendo aos poucos incorporada por diversos segmentos da sociedade como questão geral a ser enfrentada pela sociedade como um todo.

Concomitante ao percurso crítico no campo da psiquiatria desenvolvia-se um intenso processo de mobilização em torno da questão da saúde como um todo, denominado Reforma Sanitária.

O movimento sanitário foi contemporâneo ao MTSM, e também teve seu desenvolvimento delineado a partir da sociedade civil organizada:

*“A articulação de um grupo de pessoas em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde, o movimento sanitário, foi parte desses movimentos da sociedade civil brasileira com uma atuação bem definida e visível para outros setores.”*  
(Escorel, 1998, p.62).

A luta pela reorganização do sistema de saúde partia de um questionamento sobre a relação entre saúde e condições de vida, incluindo os seus determinantes econômicos, políticos e sociais. Propunha-se uma ampla redefinição do papel do Estado, com a assunção da saúde como direito social universal.

O movimento sanitarista e o MTSM tiveram trajetórias integradas, compartilhando objetivos, estratégias e articulações institucionais. Podemos citar o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), o Movimento de Renovação Médica (REME), e o Movimento dos Médicos Residentes como parceiros e articuladores comuns ao processo de reforma sanitária (Escorel, 1998) e o da reforma psiquiátrica (Amarante *et al*, 1995).

Como base comum dos dois movimentos havia uma forte influência das correntes de pensamento de tradição marxista, que marcava os entendimentos das relações entre saúde e processos sociais.

A aproximação com parlamentares era uma estratégia para amplificação da discussão pública e política do temário da saúde e da saúde mental. Em outubro de 1979 realizou-se o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Câmara Federal, em Brasília. Neste simpósio, a questão da assistência psiquiátrica também foi alvo de debates. Foram apresentados dois trabalhos pela Comissão de Saúde Mental do Cebes - RJ (CSMC, 1980a e 1980b) em que as premissas do processo crítico nascente no campo da saúde e da saúde mental estavam presentes de forma explícita, e são exemplares para a compreensão do pensamento da época.

A determinação social do processo saúde-doença e a denúncia do avanço da exclusão estavam fortemente presentes no discurso do período.

*“(...) o sistema político e econômico, implantado neste país nos últimos 15 anos, pelo que vem provocando de opressão, exploração e miséria, constitui-se em fator permanente de exclusão do tecido social, ao elevar a índices inimagináveis a criminalidade, a morbidade e a marginalização em geral. As instituições de saúde, a psiquiátrica em especial, ao tomar para si esses marginalizados, enquanto doente, exime a sociedade da responsabilidade de sua*

*produção. Ou seja, o processo de desenvolvimento adotado no país, alienante e excludente, deixa à sua margem uma parcela de indivíduos que não suportam o peso da marcha. A instituição médica, ao medicalizar o problema, psiquiatrizá-lo ao inseri-lo nas classificações nosográficas, esconde a relação causal existente, prestando-se ao papel ideológico de escamotear a questão da produção social da doença. A contrapartida da dissimulação ideológica que oferece ao sistema, está representada pelos ganhos que auferem, em decorrência da linha privatizante adotada, com o Estado abandonando sua função de produtor direto de serviços de saúde.” (CSMC, 1980b, p.53).*

As críticas centravam-se na privatização dos serviços de saúde, na assistência psiquiátrica e nas condições de trabalho. Esses três campos se articulavam de maneira a criar o cenário que deveria ser alvo de transformação.

A incapacidade do poder público em operacionalizar suas propostas de prevenção e assistência extra-hospitalar para a área da psiquiatria estaria baseada na sua própria organização institucional, que privilegiava a iniciativa privada como executora das práticas assistenciais da Previdência Social, o que transformava a saúde em objeto de lucro, gerando prejuízo na qualidade da atenção médica e uma medicalização de problemas sociais. A lógica do lucro gerava distorções no funcionamento do sistema de saúde, como o pagamento de serviços não produzidos, ou desnecessários e irracionais, o que muitas vezes poderia gerar prejuízos aos próprios indivíduos:

*“A tendência dos serviços contratados e conveniados é lucrar ao máximo. Não importa se o indivíduo internado sem necessidade, ou submetido a qualquer outro ato médico irresponsável, venha a sofrer sérias conseqüências, e até irreversíveis.” (CSMC, 1980a, p.47).*

O principal recurso para o atendimento psiquiátrico extra-hospitalar era o ambulatório que, entretanto, estava inserido na mesma lógica de contratação de serviços do setor hospitalar privado, ou seja, também era alvo das mesmas críticas referentes à mercantilização da saúde, com o agravante da ampliação das camadas populacionais atendidas por esses serviços. Denunciava-se o risco da psiquiatrização da sociedade.

Era apontada a importância de uma política de desospitalização da assistência estava presente ao tempo que a privatização dos serviços era denunciada como o grande entrave para o sucesso dessa iniciativa:

*“O fim do asilo seria um objetivo inédito, dos mais importantes para a psiquiatria brasileira. Representaria uma mudança radical de postura frente à doença mental. No entanto, tal objetivo não será alcançado tão cedo, pois a observação da prática da política de privatização, demonstra que ela tende à hospitalização em massa.”*  
(CSMC, 1980a, pp.47-48).

Assim, a transformação na assistência deveria ter como meta o enfrentamento da assistência hospitalar privada, com a diminuição efetiva da sua participação na execução dos serviços de saúde, sejam hospitalares ou ambulatoriais:

*“A desativação da assistência hospitalar deve ser feita pela redução continuada dos leitos contratados e conveniados. Ou seja, as medidas que visam somente a normatização dos serviços ambulatoriais, como forma de desospitalização da assistência, sem a devida desativação hospitalar, apenas impulsionam a utilização dos ambulatórios de terceiros, criando-lhes um novo tipo de demanda, que não vem do hospital.”* (CSMC, 1980a, p.48).

Aliada à análise das condições assistenciais e da própria organização do sistema de saúde, encontrava-se a forte crítica as condições de emprego e trabalho dos profissionais de saúde. Denunciavam-se os subterfúgios para a contratação sem vínculo empregatício formal pelo poder público e as formas de exploração dos trabalhadores pelas empresas do setor.

A prática médica estaria organizada em termos empresariais conforme a lógica do mercado, transformando os profissionais de saúde em trabalhadores assalariados submetidos às exigências do seu empregador e não da técnica e das necessidades dos indivíduos atendidos:

*“Empregado, trabalhará cumprindo orientação da empresa, atribuindo prioridade ao lucro financeiro do patrão, no que isto significa de aumentar o período de internação, efetuar internações desnecessárias e outros expedientes, sem o que correm o risco de serem sumariamente dispensados.”* (CSMC, 1980b, p.54).

Essa organização do trabalho, vinculada à lógica capitalista de mercado, traria impactos na própria assistência, sendo um dos determinantes da situação da assistência psiquiátrica no país:

*“1) o empresário, dispondo de força de trabalho em excesso, sustentado pela proliferação indiscriminada de escolas médicas,*

*impõe sua lei ao mercado, explorando o médico e interferindo em seu trabalho. Impõe critérios de admissão, altas, tratamentos e etc., que visam ao lucro e não à cura; 2) o padrão de atendimento, em consequência, é o pior possível, com o tratamento sofrendo a interveniência de fatores extra-técnicos, não raro danosos ao paciente; 3) o médico, impotente, é aviltado: primeiro, na sua autonomia técnica, ao se ver constrangido a adotar critérios com os quais não concorda, cassada sua liberdade em escolher o tratamento que julga mais adequado, independente do fato de a empresa receber mais ou menos por ele; segundo, na sua condição de trabalhador, ao ver freqüentemente desrespeitados direitos trabalhistas elementares.” (CSMC, 1980b, p.55).*

As políticas de saúde estariam sob forte influência das empresas médicas, através da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), com ausência da participação popular nesse processo (CSMC, 1980b).

As mudanças necessárias não deveriam ser restritas aos serviços de saúde, mas sim à própria estrutura de organização do Estado:

*“O mal que sofre o modelo médico-assistencial e, em particular, a assistência psiquiátrica, é estrutural. Não se trata apenas de evitar distorções, recuperar ou aperfeiçoar o atual modelo. A perversão estrutural que acusamos tem seu ponto de partida na abdicação, pelo Estado, da prestação de um serviço básico, o serviço de saúde, direito inalienável do homem.” (CSMC, 1980b, p.55).*

Os questionamentos que o movimento em saúde mental desenvolvia incorporavam a crítica ao regime autoritário, suas instituições e formas de opressão e exclusão existentes. As denúncias sobre as condições de vida e trabalho nos hospitais psiquiátricos encontraram espaço de divulgação nos meios de comunicação e desnudaram para a sociedade a face cruel da vida intra-muros.

O período de 1978-1980 foi palco de intensas articulações e discussões a partir do MTSM, mediante a realização de eventos próprios ao movimento e de estratégias de ‘ocupação’ de eventos promovidos por instituições tradicionais no campo da psiquiatria. A Tabela 2 apresenta os principais eventos organizativos deste período, buscando exemplificar as formas iniciais de atuação deste movimento.

Percebe-se que as questões pertinentes à crítica à assistência psiquiátrica estiveram sempre presentes, e gradualmente a questão da garantia de direito dos doentes

mentais foi ganhando força. Este ponto assumiu o centro das discussões e tornou-se o principal objetivo de luta no interior do movimento social nos anos seguintes.

Neste cenário também se observou o surgimento de diversos outros atores em torno da luta pela democracia, da garantia de direitos civis e humanos, e da cidadania. A sociedade civil se organizou como forma de combater o Estado autoritário, buscando trazer um novo cenário de liberdade e democracia para o nosso país.

Jacobi (1989), ao discutir a relação entre movimentos sociais e o Estado, afirma que a década de 70 é marcada por uma crise de legitimidade do regime que provoca, entre outras mudanças, o início do debate em torno da questão dos direitos humanos, simultaneamente a uma deterioração nas condições de vida nos centros urbanos (p.15).

O MTSM, como outros movimentos sociais da época, participou de forma atuante desse processo, tendo como uma de suas bases a crítica às formas de autoritarismo existentes na sociedade, partindo de seu campo específico.

Os anos 80 trouxeram a efetiva ampliação do processo de democratização. As eleições diretas para governadores em 1982, com a vitória da oposição em importantes estados, reforçaram ainda mais o processo de enfraquecimento do governo militar. A crise do modelo econômico também fortaleceu o movimento de oposição, que ganhou apoio de parcelas significativas do empresariado nacional. A campanha *Diretas Já* para eleição de presidente em 1984 mobilizou milhões de pessoas em atos públicos por todo o país, explicitando o repúdio ao governo militar e exigindo ampla participação popular nos fóruns de decisão política (Francisco Silva, 2000).



**Tabela 2 – Principais eventos organizativos do MTSM – 1978-1980**

<b>Mês/Ano</b>	<b>Evento</b>	<b>Local</b>	<b>Características / Observações</b>
Outubro, 1978	V Congresso Brasileiro de Psiquiatria	Camboriú / SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>· “Congresso de Abertura”</li> <li>· Primeira participação dos movimentos em saúde mental em um evento promovido pelos setores tradicionais da psiquiatria</li> <li>· Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), entidade promotora do evento, passa a apoiar o projeto político do MTSM.</li> </ul>
Outubro, 1978	I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições	Rio de Janeiro / RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Vinda ao Brasil dos principais autores das correntes de pensamento crítico em saúde mental: Franco Basaglia, Robert Castel, Erwing Goffman, entre outros.</li> </ul>
Janeiro, 1979	I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental	São Paulo / SP	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Associação entre luta pela transformação do sistema de saúde e luta por uma organização mais justa da sociedade.</li> <li>· Aprovadas moções pelas liberdades democráticas, pela livre organização de trabalhadores e estudantes, pela Anistia Ampla, Geral e Irrestrita, reivindicações trabalhistas, e repúdio à manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão.</li> <li>· Crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto de marginalizados</li> </ul>
Novembro, 1979	III Congresso Mineiro de Psiquiatria	Belo Horizonte / MG	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel.</li> <li>· Debates em torno do levantamento da realidade assistencial e dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo Inamps.</li> </ul>
Maio, 1980	I Encontro Regional dos Trabalhadores de Saúde Mental	Rio de Janeiro / RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>· São discutidos problemas sociais relacionados: à doença mental, à política nacional de saúde mental, às condições de trabalho, à privatização da medicina, à realidade político-social da sociedade brasileira, e às denúncias das muitas ‘barbaridades’ ocorridas em instituições psiquiátricas.</li> </ul>
Agosto, 1980	II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria	Salvador / BA	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Distanciamento entre a ABP e o MTSM.</li> <li>· Moções aprovadas: apoio à luta pela democratização da ABP e suas federadas, crítica à privatização da saúde através de denúncias envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), e outras multinacionais do setor empresarial da saúde.</li> </ul>

Fonte: Amarante *et al* (1995)

No campo da saúde mental, o início da década de 80 trouxe a ampliação e consolidação da luta pela transformação da assistência psiquiátrica. Ancorados no objetivo de garantia de assistência digna, os temas da cidadania e direitos humanos dos doentes mentais ganharam força e passaram a ser o foco principal das ações do movimento.

Em março de 1986 foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico nas políticas de saúde. Na sua convocação conclamava-se à reorganização do Sistema Nacional de Saúde e à elaboração de subsídios para o processo constituinte. Seu relatório final tornou-se elemento norteador de toda a discussão no campo nos anos seguintes.

As plenárias da 8ª Conferência reuniram cerca de 5 mil pessoas, com um total de mil delegados. Participaram profissionais de saúde, prestadores de serviços, gestores e, pela primeira vez na história das conferências nacionais, usuários do sistema de saúde. Foram discutidas: unificação do sistema de saúde, conceito ampliado de saúde, direito de cidadania, dever do Estado e financiamento do sistema (Escorel, 1998).

Toda esses aspectos já vinham sendo aprofundados no temário de discussão do movimento sanitário e vieram a se tornar a base do texto constitucional aprovado em 1988.

O processo constituinte alavanca uma ampla discussão sobre o arcabouço jurídico como um todo, trazendo reflexos nítidos no campo da psiquiatria. A necessidade de revisão da legislação sobre a doença mental torna-se um objetivo claro no movimento social, sendo construídas proposições concretas dos aspectos a serem mudados nos instrumentos legais. A incorporação da temática legal na agenda do movimento social em saúde mental espelhava o próprio momento de inflexão crítica pelo qual estava passando. A estratégia de transformação a partir de, e nas instituições psiquiátricas estava sendo alvo de intensas críticas. Paulatinamente, o movimento modificou seu enfoque, passando da opção por uma abordagem de cunho mais técnico, do modelo assistencial, para uma transformação social de maior abrangência e profundidade. Esse momento foi consagrado em 1987, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, que será retomado mais adiante neste capítulo.

O II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, realizado em outubro de 1986, teve a participação de cerca de duas mil pessoas e pode ser tomado como exemplo da incorporação da temática legal no movimento social, a partir do processo constituinte. Com tema central “*Saúde Mental e Cidadania*” foi abordado o

processo de elaboração da nova constituição, e sua relação com os instrumentos legais específicos do campo da psiquiatria.

Dallari (1987), em conferência proferida neste congresso, afirmou a importância da definição dos direitos fundamentais na nova constituição, bem como a sua influência na organização social, e sobre toda a legislação, inclusive a psiquiátrica. A elaboração da nova Carta seria um primeiro passo no sentido de uma ampla revisão legal em campos específicos. Reafirmou a importância dos grupos sociais como instrumento de garantia de efetivação dos preceitos constitucionais.

Moura Neto (1987) traz contribuições específicas ao processo de revisão legislativa no campo da psiquiatria, considerando que a constituinte seria um momento decisivo para o avanço na conquista da cidadania dos doentes mentais (p.59). A definição da saúde como um direito social, responsabilidade do Estado, reforçaria a necessidade de uma ampla reformulação da legislação sobre a assistência à saúde em geral e à saúde mental, em particular. Propôs uma reformulação do texto constitucional, dos códigos civil e penal, da legislação específica (1934) e da legislação trabalhista, como pontos fundamentais no caminho da concretização de direitos dos doentes mentais.

Como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposta a realização de várias conferências específicas, como por exemplo: saúde da mulher, saúde do trabalhador, dos índios, saúde bucal, e a de saúde mental. O MTSM também participou ativamente da 8ª Conferência realizando debates específicos durante o evento.

A temática da necessidade de revisão dos documentos legais no campo da psiquiatria teve sua incorporação no processo crítico da saúde mental, e teve um aprofundamento a partir das proposições trazidas pela I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, as quais explicitam os traços iniciais da proposta legislativa a ser construída.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada de 25 a 28 de junho de 1987, no Rio de Janeiro / RJ foi promovida pelo Ministério da Saúde. A etapa nacional foi precedida por vários encontros municipais, regionais e estaduais que prepararam a discussão nacional, e serviram como estratégia para efetivar a sua própria realização, tendo em vista que existiam resistências do Ministério da Saúde à sua convocação (Amarante *et al*, 1995).

O evento contou com a participação de 176 delegados eleitos nas etapas estaduais. Foi organizado a partir de três temas básicos: I) *Economia, Sociedade e*

*Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II) Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.* (MS, 1988).

As discussões e propostas contidas no seu relatório final contêm o ideário tanto do movimento de Reforma Sanitária quanto do processo crítico existente no campo da saúde mental em nosso país.

A filiação da I CNSM aos propósitos da reforma sanitária consolidados na 8ª Conferência Nacional de Saúde é explicitada em vários momentos do texto.

O conceito ampliado de saúde, as determinações sociais do processo saúde-doença, a ênfase na participação popular nos fóruns de decisão e discussão dos serviços e ações de saúde, a democratização das instituições de saúde, são exemplos da incorporação do ideário da Reforma Sanitária no âmbito da saúde mental, apresentados no decorrer do relatório final da I CNSM.

Os temas propostos pela Reforma Sanitária já vinham sendo incorporados às discussões no campo da saúde mental, porém no âmbito da I CNSM ganharam maior repercussão devido ao momento histórico delineado pelos ecos da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Os três tópicos centrais que constituíram a crítica inicial nascida com o MTSM também estavam em cena: a ausência do poder público na execução dos serviços e ações de saúde; as condições de atuação dos profissionais da saúde mental; e, a organização da assistência psiquiátrica centrada no modelo hospitalar.

A opção estatal pela privatização dos serviços foi rebatida fortemente e, em certos momentos, propunha-se a total estatização dos serviços de saúde. Reafirmava-se a importância do Estado em assumir seu papel na condução das políticas e ações de saúde, de forma comprometida com a democratização e participação social:

*“O governo, que se constitui na direção do Estado, espelha os interesses das classes empresariais que contribuem na sua manutenção política, o que leva a uma posição contraditória do Estado e estabelece o divórcio entre o seu discurso e sua prática social.”* (MS, 1988, p.12)

*“É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e*

*eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde.” (MS, 1988, p.13)*

A análise do papel dos trabalhadores de saúde mental e sua inserção social apontava para a necessidade de um posicionamento radical dos trabalhadores de forma a romper com a lógica dominante e construir uma nova abordagem para a questão da doença mental na nossa sociedade:

*“os trabalhadores de saúde mental podem se constituir em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica. É urgente, pois, o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores de saúde mental e a sua revisão crítica, redefinindo o seu papel, reorientando sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes exploradas.” (MS, 1988, p.12).*

A tendência “hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica” do modelo assistencial deveria ser revertida, através de estratégias de desospitalização. Para isso se propunha: redução progressiva de leitos; proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; utilização de recursos dos hospitais gerais para atendimento de emergências psiquiátricas e internações de curto período; implementação de recursos assistenciais alternativos aos asilares como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários, espaços de habitação co-geridas e integradas aos serviços extra-hospitalares de saúde mental; trabalho protegido e reabilitação profissional (MS, 1988, pp.18-19).

A temática da cidadania e dos direitos dos doentes mentais ganhou destaque, propondo-se a revisão da legislação referente a este tema:

*“Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a legislação em vigor.” (MS, 1988, p.21)*

A revisão proposta deveria abranger as legislações civil, penal, sanitária e psiquiátrica, sendo apresentadas recomendações específicas para cada instância. A garantia dos direitos civis e humanos era a tônica principal do conteúdo das recomendações.

Os temas da inimizabilidade e periculosidade foram abordados reforçando a garantia de direitos no contexto de uma sociedade democrática e solidária:

*“A legislação ordinária deverá fazer uma revisão acerca da questão da inimizabilidade. (...) A definição de uma pessoa como ‘perigosa’ não deve ter o caráter de definitivo julgamento. Sua elaboração deve estar subordinada aos objetivos de uma sociedade democrática, justa, igualitária e capaz de garantir os direitos humanos fundamentais.”* (MS, 1988, p.23).

Ainda no sentido da garantia dos direitos, apresentavam-se recomendações para transformações nos dispositivos relativos à determinação de incapacidade civil e a interdição. Propunham-se critérios definidos para a sua deliberação:

*“Modificação da legislação que regula as questões relativas às interdições e aos estados de incapacidade civil (‘aos loucos de todo o gênero’). A interdição deverá estar restrita quando houver ameaça aos bens públicos, aos bens próprios e perigo de agressão física.”* (MS, 1988, p.23).

Um dos pontos que mereceu maior destaque foi a regulamentação da internação psiquiátrica. A valorização da garantia de direitos marcava acentuadamente esse aspecto. O poder público deveria assumir o papel de garantir os direitos dos doentes mentais:

*“Ao Poder Público cabe a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. A questão da internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei onde estejam estabelecidos os direitos do paciente internado.”* (MS, 1988, p.23).

A priorização da internação psiquiátrica como recurso assistencial deveria ser evitada, o que estava plenamente de acordo com as propostas da reorientação do modelo assistencial apresentadas como resultado das discussões da I CNSM. Os critérios para internação deveriam ser alvo de uma discussão ampliada e aprofundada, envolvendo novos atores, além dos tradicionalmente responsáveis pela sua determinação:

*“A internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos os critérios de internação, envolvendo, neste ato, a defensoria pública, comissões multiprofissionais e a participação de setores organizados da comunidade, definindo o caráter dessa internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente.”* (MS, 1988, pp.23-24).

A partir do momento que se incorporam novos atores à discussão sobre a internação psiquiátrica, estabelecendo critérios para sua efetivação, ou criando estratégias de sua revisão, passou-se a entender que a internação psiquiátrica não era apenas um ato médico mas sim também um ato civil, na medida em que poderia implicar em perda dos direitos civis dos doentes mentais internados.

É com esse pressuposto que a instância judiciária deveria passar a participar da avaliação e revisão periódica das internações. No caso de uma internação involuntária, a autoridade e os recursos judiciários deveriam ser obrigatoriamente acionados, porque se configuraria uma restrição de direitos:

*“Que se assegurem mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária (por exemplo: habeas-corpus, comunicação automática à autoridade judiciária competente, criação de tutela provisória para estes pacientes), visando a possível reversibilidade do estado de internação no período máximo de 72 horas.”* (MS, 1988, p.24).

Além desses aspectos, eram apresentadas diretrizes gerais para adequação da legislação sanitária e psiquiátrica da criança e do adolescente e da legislação trabalhista.

É importante ressaltar que o Relatório Final da I CNSM já trazia o cerne das questões propostas pelo Projeto de Lei apresentado ao Congresso Nacional em 1989: a reorientação do modelo assistencial, com a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos e a substituição progressiva dos leitos existentes, bem como a regulamentação da internação compulsória, introduzindo a instância judiciária como foro de revisão das internações e instrumento de manutenção da garantia de direitos civis. Nos dois anos seguintes essas propostas foram sedimentadas no interior do movimento social, e reforçavam-se experiências assistenciais inovadoras em alguns pontos do país.

Ainda em 1987, como decorrência dos debates ocorridos na I CNSM e do amplo processo de reflexão interna do próprio MTSM, aconteceu em Bauru (SP), o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental. A partir desse congresso os rumos do movimento foram reformulados e se assumiu como premissa básica a estratégia de intervenção na sociedade, expressa claramente no lema: *Por uma sociedade sem manicômios*, que se tornou bandeira de luta do movimento social em saúde mental, que assumiu a denominação de *Movimento Nacional de Luta Antimanicomial*.

O cenário nacional desse período era marcado pelo início do processo

constituente, o qual era entendido pela sociedade brasileira como oportunidade fundamental para ampla reformulação do sistema político, jurídico e institucional para superar o tom autocrático dos instrumentos legais da ditadura militar.

Em 1º de fevereiro de 1987, o Congresso Nacional tornou-se Assembléia Nacional Constituinte e foi palco de uma intensa discussão democrática que visava, antes de tudo, ampliar a garantia de direitos sociais. O conceito de cidadania estava no centro dos debates e explicitava os anseios e expectativas da sociedade brasileira. As formas de representação da sociedade foram transformadas e a sociedade civil organizada ganhou força e assumiu papel importante nesse processo. Nas palavras de Francisco Silva (2000):

*“É nesse contexto que a democracia passa a ser entendida de forma diferenciada pelos diversos grupos sociais em presença. Para a maioria dos setores sociais concentrados nos novos partidos políticos e nas organizações da sociedade civil, democracia era concebida como a ampliação da participação do indivíduo na vida pública, ou seja, no exercício ampliado de cidadania. (...) Cidadania agora engloba uma ampla gama de direitos (...) Assim, a cidadania é o produto de uma relação entre indivíduos e o Estado; uma relação de poder composta de pressões e contrapressões, produzindo imagens simbólicas dinâmicas de auto-reconhecimento dos grupos sociais e dos seus projetos. (...) A chamada “sociedade civil organizada”, as associações profissionais, de bairro, de consumidores, os sindicatos aumentam o papel de interlocutores legítimos com o Estado (e mesmo os partidos), mostrando que os mecanismos clássicos de representação – o indivíduo e seu voto – estavam em crise.” (pp.390-391).*

O processo constituinte foi pela primeira vez na história do país construído com ampla participação popular, resultado das novas formas de representação. Foram aceitas emendas encaminhadas por ao menos três entidades da sociedade civil, com 30 mil assinaturas (Francisco Silva, 2000).

O movimento sanitarista participou intensamente desse processo, conseguindo a aprovação de um texto constitucional extremamente inovador, no qual a saúde passou a ser entendida como um direito social que deve ser assegurado pelo Estado<sup>15</sup>. É criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que passou a ordenar todas as políticas e ações de saúde

<sup>15</sup> Sobre a atuação do movimento sanitarista no processo constituinte consultar o texto de Eleutério Rodrigues Neto (1997).



no país. A organização político-administrativa da Federação foi profundamente mudada, ao estabelecer na nova Carta a autonomia dos municípios. Com isso, eles se tornaram um dos principais atores na nova configuração do sistema de saúde brasileiro.

A Constituição Federal aprovada em 5 de outubro de 1988 pode ser considerada como a mais democrática na história da República. Ficou conhecida como *Constituição Cidadã* por trazer a marca da ampliação de direitos sociais em seu texto.

A renovação trazida pela nova constituição abriu um processo de revisão da legislação de diversas áreas. Além disso, as novas formas constitucionais de participação popular ganharam força também no campo da saúde mental.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica teve forte impacto na configuração dos serviços psiquiátricos, com o surgimento de propostas inovadoras que se tornaram modelo para o processo de reorientação da assistência no decorrer da década de 90.

Em 1987 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo (Goldberg, 1994), e em 1989 iniciou-se em Santos (SP) a construção de um sistema psiquiátrico envolvendo diversos dispositivos de cuidado, trabalho, moradia e inserção social. Santos foi a primeira cidade brasileira e quarta do mundo a construir uma rede psiquiátrica inteiramente substitutiva ao modelo hospitalar (Nicácio, 1994). Essa experiência pode ser considerada como a mais radical transformação da assistência psiquiátrica nacional. Santos vivenciou um amplo processo de desinstitucionalização, a partir da intervenção do poder público municipal em um grande asilo particular e a concomitante criação de dispositivos substitutivos ao manicômio: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e toda uma rede de serviços que configuraram um sistema inteiramente substitutivo ao modelo manicomial.

A inspiração italiana era clara na formulação do projeto santista, que serviu como modelo para todo o processo de reformulação assistencial vivenciado no nosso país na década seguinte. Santos tornou-se referência para formação de técnicos em saúde mental de todo o país.

A trajetória apresentada nesse capítulo possibilitou vislumbrar o cenário que tornou possível e necessária a introdução da discussão sobre a psiquiatria no palco do Parlamento. A grande reformulação legal conformada a partir da Constituição de 1988 serviu como impulso para colocar na agenda o tema da reformulação da política de assistência psiquiátrica no Brasil.

A participação dos usuários e familiares no movimento social veio sedimentar a urgência da redefinição dos direitos dos doentes mentais. A luta passou do campo da

reformulação interna dos serviços de saúde mental para a arena de decisão das políticas públicas.

A apresentação do Projeto de Lei 3657/89 ao Congresso Nacional trouxe a tona os diversos interesses que giravam em torno da psiquiatria. A discussão parlamentar desse projeto foi riquíssima e possibilitou uma análise original dos caminhos que a própria psiquiatria traçou no panorama histórico brasileiro.

## Capítulo 6

### O processo legislativo: da apresentação do Projeto de Lei 3657 de 1989 à promulgação da Lei 10.216 de 2001

A elaboração das normas legais respeita as características peculiares dos processos legislativos de cada país, conforme definido na Constituição. O processo legislativo, não se restringe ao procedimento legislativo em si, devendo ser compreendido como um fenômeno dinâmico da realidade social, caracterizado por uma concatenação de atos e de fatos não necessariamente da ordem do direito, que parte da “demanda da lei” e se conclui com a “decisão da lei”, quando ocorre a sua aprovação ou rejeição (Olivetti, 2000, p.966).

Neste capítulo buscamos analisar os atos e discursos presentes no debate legislativo do Projeto de Lei apresentado pelo Deputado Paulo Delgado em 1989 à Câmara dos Deputados, até a sua aprovação final, e promulgação na forma da Lei 10.216/01.

#### *6.1. O processo decisório no Congresso Nacional*

Cada país possui um ordenamento jurídico específico que orienta as formas de elaboração de leis, onde são determinados os atores, instituições e procedimentos relativos a esse processo.

No caso do Brasil, a Constituição de 1988, no seu Título IV, Capítulo I, dispõe sobre a organização do poder legislativo, que é exercido pelo Congresso Nacional, composto pela Câmara dos Deputados<sup>16</sup> e do Senado Federal<sup>17</sup> (Brasil, 2003).

A proposição de leis<sup>18</sup> está compreendida na função legislativa exercida pelo Congresso Nacional. É prevista a participação tanto na Câmara dos Deputados quanto

---

<sup>16</sup> Compõe-se de representantes do povo, eleitos, pelo sistema proporcional, em cada Estado, em cada Território, e no Distrito Federal, com mandato de quatro anos (Brasil, 2003, Art. 45).

<sup>17</sup> Compõe-se de representantes dos Estados e do Distrito Federal, eleitos segundo o princípio majoritário. Cada Estado e o Distrito Federal elegerão três Senadores, com mandato de oito anos (Brasil, 2003, Art.46).

<sup>18</sup> A iniciativa das leis complementares e ordinárias cabe a qualquer membro ou comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos. A iniciativa popular pode ser exercida pela apresentação à Câmara dos Deputados de projeto de lei subscrito por, no mínimo, 1% do eleitorado nacional, distribuído pelo menos por cinco Estados, com não menos de 0.3% dos eleitores de cada um deles (Brasil, 2003, Art. 61).

do Senado Federal no processo de apreciação das matérias legislativas em trâmite<sup>19</sup>. Após a aprovação final do projeto de lei no Congresso Nacional, cabe ao Presidente da República sancioná-lo<sup>20</sup>. Este é o procedimento característico para os projetos de leis, sejam de leis complementares ou ordinárias, como o projeto em estudo nesse trabalho.

## ***6.2. A apresentação do Projeto de Lei 3657/89 à Câmara dos Deputados e sua discussão em primeiro turno: 1989-1990***

Em 12 de setembro de 1989, o Projeto de Lei 3657<sup>21</sup> (Câmara dos Deputados, 1989) foi apresentado na “Ordem do Dia”<sup>22</sup>, do Plenário da Câmara dos Deputados, pelo Deputado Paulo Delgado<sup>23</sup>, Partido dos Trabalhadores (PT), de Minas Gerais. O Congresso Nacional estava na sua 48ª Legislatura (1987-1991), mesma legislatura da Assembléia Nacional Constituinte (1987/1988). Desta forma, o plenário de deputados que analisou inicialmente a proposição era o mesmo que participou do processo de elaboração da nova constituição brasileira.

O cenário político nacional em 1989 era marcado pela primeira eleição direta para Presidente da República após o longo período de autoritarismo. O presidente em exercício, José Sarney, primeiro presidente civil após o regime militar, conduziu o processo final de transição democrática.

As eleições presidenciais ocorreram em dois turnos, sendo que no primeiro turno realizado em 15 de novembro de 1989, votaram cerca de 82 milhões de eleitores, que colocaram Fernando Collor de Melo (PRN, 28%) e Luis Inácio Lula da Silva (PT, 16%), na disputa do segundo turno. Em 17 de dezembro de 1989, Fernando Collor vence o segundo turno das eleições, com cerca de 38% contra 31% de Lula (Francisco Silva, 2000, p.402).

É nesse cenário de eleições presidenciais que acontece a apresentação do Projeto de Lei 3657/89 à Câmara dos Deputados. Tempos de novos rumos para a nação, e de novos horizontes no campo da saúde mental, e da Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>19</sup> O projeto de lei aprovado por uma Casa será revisto pela outra, em um só turno de discussão e votação, e enviado à sanção ou promulgação, se a Casa revisora aprovar, ou arquivado, se o rejeitar. Em caso do projeto ser objeto de Emenda(s), deverá voltar a Casa que o propôs inicialmente (Brasil, 2003, Art. 65).

<sup>20</sup> O veto presidencial será apreciado em sessão conjunta, só podendo ser rejeitado por maioria absoluta dos Deputados e Senadores, em votação secreta. Se o veto não for mantido, será o projeto enviado, para a promulgação do Presidente da República (Brasil, 2003, Art. 66).

<sup>21</sup> Cf. Anexo II.

<sup>22</sup> Corresponde ao período da sessão ordinária ou extraordinária ou das reuniões das Comissões da Câmara ou do Senado, destinado à apreciação das proposições em pauta (Câmara dos Deputados, 2002, p.23).

<sup>23</sup> Cf. Anexo XI.

Como discutimos no capítulo anterior, a elaboração inicial desse projeto deu-se em decorrência de um intenso debate sobre a questão da cidadania dos doentes mentais e reorientação do modelo assistencial, a partir da iniciativa do movimento social em saúde mental. A ampla reformulação do aparato legislativo brasileiro provocada pela elaboração da nova Constituição serviu como elemento propulsor para a revisão da legislação dos doentes mentais no Brasil. A discussão já havia sido aprofundada em um fórum importante na esfera pública, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, promovida pelo Ministério da Saúde, em 1987. Essa conjuntura favorável associou-se a experiência de Santos, que foi fundamental no sentido de propiciar uma vivência prática da possibilidade de instalação de uma rede de serviços de saúde mental inteiramente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

A apresentação do projeto à Câmara dos Deputados não pode ser entendida como a elaboração de um projeto isolado de um parlamentar, mas sim como integrada a uma estratégia do movimento social, que buscava a abertura de um canal que garantisse a entrada no circuito legislativo das suas idéias e proposições. O Deputado Paulo Delgado estabeleceu esse canal, por: compartilhar de um ideário próximo ao do movimento social no campo da saúde mental; integrar um partido político que reconhecidamente estava articulado às questões populares; e, manter laços fraternais com uma das importantes lideranças do movimento social em saúde mental.

Durante todo o processo de tramitação do projeto no Congresso Nacional o Deputado Paulo Delgado foi um importante interlocutor e defensor dos interesses dos doentes mentais, sendo associado diretamente ao projeto, que inclusive ficou conhecido nacionalmente pelo seu nome.

A primeira fase da tramitação na Câmara dos Deputados transcorreu sem provocar grandes discussões. O processo foi praticamente silencioso, sem suscitar controvérsias importantes. Os grandes temas que marcaram o debate posterior sobre o projeto surgiram somente na etapa final, já no processo de votação e aprovação.

O projeto inicial tinha dois eixos principais: o primeiro apresentava uma reorientação do modelo assistencial, enfocando principalmente o rompimento com o modelo hospitalar e a construção de uma rede substitutiva de serviços; o segundo, relacionado com a garantia de direitos civis dos cidadãos internados, no qual se introduz a instância judiciária como ator no processo de revisão das internações psiquiátricas realizadas “sem o expresso desejo do paciente”, denominadas como compulsórias.

Tal como mostra o Anexo II, a ementa do projeto permite visualizar claramente essas duas proposições: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua

substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (Câmara dos Deputados, 1989, p.10.696). Os dois primeiros artigos do projeto delineiam a proposta de reorientação do modelo assistencial, que era baseada em um processo gradativo de desospitalização, através da proibição de construção, contratação ou financiamento pelo setor governamental de novos leitos em hospitais psiquiátricos, e extinção progressiva dos leitos com características manicomial, e concomitante criação de “recursos não manicomial de atendimento”, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros.

As administrações regionais de saúde seriam responsáveis pela planificação da transformação do modelo assistencial, cabendo às instâncias estaduais e federal a coordenação do processo de substituição de leitos.

Propunha ainda a criação de um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, com representantes de profissionais, usuários, familiares, poder público, Ordem dos Advogados e comunidade científica, com a função de acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e sua aprovação final.

A inclusão dos três níveis de gestão estava coadunada com a proposta de descentralização prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Constituição de 1988. Assim também, o Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica pode ser entendido desta forma, vindo a funcionar como uma instância de controle social, porém com funções específicas e distintas dos conselhos de saúde previstos para o SUS.

O terceiro artigo trata inteiramente da internação compulsória, prevendo comunicação, em 24 horas, à autoridade judiciária local das internações sem consentimento do paciente, objetivando estabelecer estratégias para evitar casos de possíveis seqüestros ilegais.

A justificação do projeto baseava-se principalmente em argumentos que respaldavam a reorientação do modelo assistencial, sendo que dos seis parágrafos que a constituía, quatro deles foram destinados a esse aspecto. Os argumentos apresentados eram próximos à crítica introduzida pelo movimento social em saúde mental, demonstrando assim mais uma vez a filiação deste projeto a este processo.

Na argumentação foi reforçada a tendência internacional de reversão do modelo assistencial, citando a experiência italiana como um exemplo de sucesso. A privatização da saúde com o decorrente crescimento de leitos psiquiátricos e a ineficácia das propostas do setor público de transformação assistencial eram a base da crítica à ineficácia do sistema hospitalar de atendimento psiquiátrico, e apontavam para a

necessidade de uma política “mais competente, eficaz, ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais” (Câmara dos Deputados, 1989, p.10.697).

A tônica principal do projeto estava na extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, porém, ressaltando a importância da garantia de direitos fundamentais e civis dos doentes mentais. A liberdade era apontada como uma questão central para o atendimento em saúde mental, devendo assim existir estratégias jurídicas para cerceamento do poder de seqüestração existente na psiquiatria.

O aspecto “gradualista” da lei foi ressaltado, demonstrando a preocupação com a garantia de atendimento e, de certa forma, antecipando as críticas que viessem apontar uma possível desassistência decorrente do fechamento dos hospitais psiquiátricos.

A questão psiquiátrica, por sua relação com a justiça, direito, cultura, filosofia e liberdade, foi apresentada como uma questão complexa, denotando assim um entendimento ampliado do campo, rompendo com o exclusivismo médico que o tem caracterizado tradicionalmente.

Após a apresentação do projeto no Plenário ele foi distribuído a duas Comissões Permanentes da Câmara dos Deputados<sup>24</sup>. Em primeiro lugar à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação<sup>25</sup> (CCJR) e, posteriormente à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).

Em 4 de abril de 1990, o relator da CCJR, Deputado Harlan Gadelha proferiu parecer pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa do projeto, com uma emenda (Câmara dos Deputados, 1990a, p.7881). O parecer com emenda do relator foi aprovado unanimemente pela Comissão. A emenda do relator fazia uma pequena correção quanto à técnica legislativa do projeto: no último artigo o termo Decreto-Lei deveria ser substituído por apenas Decreto<sup>26</sup>.

Em 6 de julho de 1990, o relator da CSSF, Deputado Carlos Mosconi, apresentou à Comissão seu parecer favorável ao projeto. O relator ressaltou a sua relevância e a tendência universal de reversão do modelo assistencial, apresentando

---

<sup>24</sup> As Comissões são órgãos colegiados, podendo ser permanentes ou temporárias. As Comissões Permanentes são integrantes da estrutura institucional da Câmara dos Deputados, participando de elaboração de normas legais mediante exame e deliberação acerca das proposições a elas submetidas. (Câmara dos Deputados, 2002, p.6).

<sup>25</sup> A Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR), assim como a Comissão de Finanças e Tributação (CFT), desempenha papel singular no andamento das proposições, pois seus pareceres podem influir definitivamente no rumo da tramitação, sendo denominados pareceres terminativos. A CCJR emite pareceres terminativos quanto à constitucionalidade ou juridicidade, e a CFT, quanto à adequação financeira ou orçamentária da proposição (Câmara dos Deputados, 2002, p.7).

<sup>26</sup> “a menção deve ser feita ao Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934 e não, conforme ali consta, ao decreto-lei de mesmo número e data. É que, à época, o Presidente da República legislava através de decretos sendo que a Constituição somente viria a ser promulgada pouco depois, em data de 16 de junho do mesmo ano.” (Câmara dos Deputados, 1990a, p.7.881).

exemplos de experiências internacionais bem sucedidas. Fundamentou suas colocações com referências à autores do campo da psiquiatria brasileira<sup>27</sup>. Finalizando o seu parecer, o relator conclui que:

*“Não há dúvida, segundo meu entendimento, no benefício que o Projeto poderá trazer à Psiquiatria Brasileira em geral, e aos pacientes psiquiátricos em particular, cujo tratamento obedecerá critérios humanitários e científicos muito mais adequados, preservando-se ainda o direito que todos têm à cidadania”* (Câmara dos Deputados, 1990b, p.7882).

A Comissão também analisou uma Emenda de Plenário apresentada pelo Deputado Lúcio Alcântara, que, posteriormente, foi um importante ator durante a discussão do projeto no Senado Federal, sendo autor de uma série de emendas apresentadas ao projeto original.

A Emenda do Deputado Lúcio Alcântara acrescentava um parágrafo ao artigo 1º do projeto de lei, determinando que: “Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de Lei Estadual.” (Câmara dos Deputados, 1990b, p.7882). O parecer, com emenda, foi aprovado unanimemente pela Comissão e encaminhado para Plenário, que após leitura dos pareceres das duas comissões encaminhou o projeto à discussão e votação.

Foi neste momento final de discussão na Câmara dos Deputados que os argumentos que embasaram o discurso dos grupos de atores contrários ao projeto de lei foram apresentados pela primeira vez na arena parlamentar. Os questionamentos centravam-se na exequibilidade do fechamento dos hospitais psiquiátricos, e aparece em cena a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), através da exigência do PTB de que esta instituição fosse ouvida na tramitação do projeto, como forma possível de acordo para a votação final.

Foram apresentadas oito emendas modificativas ao projeto nesta fase<sup>28</sup>, e apenas uma, que reforçava o aspecto da garantia de continuidade de assistência no decorrer do processo de substituição da rede hospitalar de atendimento<sup>29</sup>, foi aprovada.

---

<sup>27</sup> No seu parecer são citados: Lima Barreto (O Cemitério dos Vivos); Prof. Clóvis Martins (Livre docente da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da USP e Presidente da Associação Latino-Americana de Psiquiatria); Carmem Tuma Rotta, Elisa da Silva Feitosa e colaboradores; e, Profª Magda Waissman. (Câmara dos Deputados, 1990b).

<sup>28</sup> Duas de autoria do Deputado Jorge Vianna (PMDB), quatro do Deputado Mozarildo Cavalcanti (PL), e uma de autoria do Deputado Mozarildo Cavalcanti (PL) e Deputado Luiz Roberto Ponte (PMDB), sendo que esta última foi fruto de entendimento entre lideranças.

<sup>29</sup> A emenda aprovada acrescentava um parágrafo ao artigo 1º: “Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada a implantação do disposto no *caput* do artigo só se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento”.



O Deputado Mozarildo Cavalcanti (PL), autor da emenda aprovada, ao encaminhar a votação apresenta algumas “restrições pessoais ao projeto” e aponta a necessidade de se elaborar um substitutivo que seria “a única forma de se escoimar todas as aberrações ali contidas”. O primeiro argumento estava centrado na diferença entre leitos manicomial e leitos psiquiátricos, reforçando a necessidade da existência de leitos psiquiátricos para o atendimento de um tipo de clientela, e/ou situação específica:

*“a hospitalização se impõe quando o quadro clínico implica perigo para o próprio paciente, ou para os demais, ou simplesmente porque seu estado psíquico exige condições de observação continuada e tratamento específico”* (Câmara dos Deputados, 1990c, p.14.475-76, grifo nosso).

Esse tema também estava presente no texto de uma das emendas rejeitadas:

*“Dê-se ao art. 1º a seguinte redação:*

*Art 1º. O Órgão competente do Sistema Único de Saúde deverá estabelecer a política e a normatização da assistência psiquiátrica, assim como definir os recursos necessários que **garantam o funcionamento terapêutico dos hospitais psiquiátricos**”.* (Câmara dos Deputados, 1990c, p.14.477, grifo nosso).

Desta forma, a questão que se introduz relaciona-se diretamente à manutenção do modelo hospitalar de atendimento, com base na justificativa da periculosidade social. O manicômio seria, assim, representante de uma prática retrógrada, não terapêutica, distante e diversa do tratamento dispensado nos modernos hospitais psiquiátricos, nos quais os avanços da ciência psiquiátrica teriam espaço para seu pleno desenvolvimento. Essa crítica se assemelha, em grande medida, as colocações existentes na época do surgimento da própria psiquiatria, em que o tratamento destinado aos loucos nos hospitais gerais franceses era criticado pelo seu aspecto não terapêutico, cabendo à nascente ciência a garantia de um tratamento e cura dessa população.

Finalizando a sua argumentação, o Deputado Mozarildo Cavalcanti afirma que o projeto de lei entrava em conflito com as disposições da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), que havia sido aprovada no dia anterior pela Câmara, na medida em que o projeto entraria em questões que deveriam ser da alçada dos conselhos de saúde.

Ainda no processo de encaminhamento para a votação, o Deputado Roberto Jefferson (PTB) expôs os motivos da posição contrária do seu partido, reforçando os aspectos já apresentados pelo Deputado Mozarildo Cavalcanti: a não diferenciação entre dois tipos de atendimento, um para doentes crônicos (tratamento nosocomial) e outro

para doentes em crise aguda (tratamento em frenocômio); e o conflito entre instâncias estabelecidas pelo projeto e as do SUS, que seria “o maior defeito desse projeto” (Câmara dos Deputados, 1990c, p.14.476).

Finalizando a discussão, o Deputado Eduardo Jorge (PT) afirmou ser necessário analisar o projeto com mais cuidado, que a internação compulsória estava sendo de certa forma mantida, mas com formas de controle judiciário que pudessem evitar arbitrariedades e violência existentes. O segundo ponto ressaltado foi a não existência de conflitos com as instâncias do SUS, na medida que o Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica proposto no projeto, seria subordinado ao Conselho Estadual de Saúde, como outros existentes na área da saúde (Câmara dos Deputados, 1990c, p.14.477).

Em 14 de dezembro de 1990, após votação em turno único, o projeto foi aprovado, por acordo de lideranças<sup>30</sup>, e encaminhado ao Senado Federal para continuar sua discussão nas bancadas partidárias na legislatura seguinte. A tramitação do projeto no Senado se prolongou por quase uma década, com grande repercussão na imprensa e possibilitando uma produção significativa na literatura científica sobre a sua temática. O movimento social em saúde mental adotou a bandeira do projeto de lei como o seu principal foco de discussão e ação, participando ativamente na mobilização da sociedade de forma a tentar obter seu apoio no ideário de construção de uma “sociedade sem manicômios”.

### ***6.3. O contexto do processo legislativo no Senado Federal***

O período em que o projeto esteve em discussão no Senado Federal (1992-1999) foi marcado por várias iniciativas importantes no campo da Reforma Psiquiátrica. Algumas delas partiram do poder executivo nacional, do legislativo estadual, e mesmo no interior do movimento social, as quais, de diferentes formas, influenciaram o debate legislativo subsequente. Antes de retornarmos este processo apresentaremos brevemente algumas dessas iniciativas, de maneira a melhor entender o contexto em que este debate se realizou.

#### ***6.3.1. As Leis Estaduais***

---

<sup>30</sup> Acordo feito entre os líderes das bancadas e blocos parlamentares para a solução de questões.

O período de 1990 a 1996 foi marcado pela aprovação de diversas leis estaduais no campo da Reforma Psiquiátrica, sob inspiração no Projeto de Lei 3657/89 em tramitação no Congresso Nacional.

O Estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro a ter uma lei específica no campo da saúde mental, que procurasse responder às propostas de transformação trazidas pelo movimento de saúde mental. O projeto de lei, fruto da fusão de dois projetos de lei apresentados na Assembléia Legislativa daquele Estado<sup>31</sup>, propunha: a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental; criava regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias (MS, 2004). A Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, teve amplo respaldo do movimento social em saúde mental, que contava com grande representatividade no território gaúcho.

Em seqüência, o Estado do Ceará aprova a Lei nº 12.151, de 29 de junho de 1993, com ementa idêntica ao projeto apresentado na Câmara dos Deputados<sup>32</sup>, o que explicitava claramente a vinculação com o ideário proposto pelo movimento social (MS, 2004).

No ano seguinte, foi a vez de Pernambuco de aprovar sua lei de nº 11.064, de 16 de maio de 1994 que, embora de forma não literal, também retoma a ementa do projeto federal<sup>33</sup> (MS, 2004). De maneira semelhante à lei gaúcha, o termo extinção foi alterado para substituição, dando um caráter mais suave a proposta, porém sem se afastar da orientação de transformação da assistência psiquiátrica.

No ano de 1995 foram aprovadas mais quatro leis estaduais, demonstrando o amadurecimento e efetivação da estratégia do movimento social de estabelecer o funcionamento das propostas contidas no projeto em tramitação no Congresso Nacional, mesmo antes de sua provável aprovação.

A Lei do Rio Grande do Norte, de nº 6.578, de 4 de janeiro de 1995, dispunha sobre a adequação dos hospitais psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e construção de unidades (MS, 2004). Diferente das demais leis estaduais aprovadas, a questão da internação involuntária não foi abordada nessa norma.

Em 18 de janeiro de 1995, a Lei nº 11.802, de Minas Gerais foi promulgada, e sua ementa propunha o mesmo ideário das anteriores, porém buscando ampliar e especificar alguns dos termos utilizados: Dispõe sobre a promoção da saúde e a

---

<sup>31</sup> Projeto de Lei nº 171/91 e 278/91, de autoria dos deputados Marcos Rolim (PT) e Beto Grill (PDT).

<sup>32</sup> “Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências”.

<sup>33</sup> “Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências”.

reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências (MS, 2004).

A Lei nº 11.189, de 9 de novembro de 1995, do Paraná, apresentava uma proposta um pouco diferente das demais. Sua ementa não propunha diretamente a substituição da rede hospitalar, mas a delimitação de condições para as internações em hospitais psiquiátricos. Entretanto, o art. 2º apresentava um novo modelo de atenção em saúde mental que consistiria na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados. Tanto a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, como a contratação pelo setor público de leitos estariam condicionadas à aprovação do Conselho Estadual de Saúde (MS, 2004).

Encerrando o ano de 1995, o Distrito Federal teve aprovada a Lei nº 975, de 12 de dezembro, cuja ementa apontava para a definição de diretrizes para a atenção à saúde mental. Esta lei abordou a questão da internação involuntária, cuja comunicação deveria ser feita no prazo de 48 horas, ao representante legal e à Defensoria Pública. A proposta de reorientação da assistência estava presente, e o art. 3º propunha que a assistência ao usuário dos serviços de saúde mental deva ser orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento de outras modalidades de atendimento. A lei previa ainda o prazo de quatro anos para que os leitos psiquiátricos fossem extintos (MS, 2004).

O Espírito Santo fecha essa fase de aprovação de leis estaduais, com a Lei nº 5.267, de 10 de setembro de 1996 que abordava essencialmente os direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais. Como forma de garantia de direitos, a lei regulamenta a internação compulsória, que deveria ser comunicada ao Ministério Público, à Comissão de Ética Médica da Instituição e ao Conselho Regional de Medicina, no prazo de 48 horas (MS, 2004).

Todos esses projetos tiveram amplo apoio do movimento social, e funcionaram muitas vezes como estratégia de reforço à aprovação do projeto original, na medida em que se promulgavam no âmbito estadual legislações próprias, de certa forma era disparado o processo de transformação a ser realizado em nível nacional. Demonstrava-se na prática a possibilidade real de aplicação dos princípios colocados no projeto de lei nacional.

### 6.3.2. II Conferência de Saúde Mental: Atenção Integral e Cidadania

A II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília em dezembro de 1992, teve como tema central “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil: modelo assistencial e direito à cidadania” (MS, 1994). Esta escolha trouxe a discussão sobre a necessidade de transformação do modelo assistencial como ponto principal, para alcançar o direito à cidadania como parte integrante dos objetivos da assistência. Assim, o relatório final aponta dois marcos conceituais que seriam direcionadores das deliberações da conferência: atenção integral e cidadania (MS, 1994). A vinculação entre cidadania e saúde é explícita, e torna-se elemento norteador do modelo assistencial a ser construído. Como base deste modelo estão os princípios gerais do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular, controle social e municipalização.

Desenha-se um modelo de rede de atenção que é apresentado no relatório final da II Conferência, definindo-se assim as linhas mestras do caminho a ser percorrido para transformar o modelo assistencial em saúde mental:

*“A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão.”* (MS, 1994, p.13).

Além dessa rede de atenção deveria ainda se promover ações intersetoriais com educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação (MS, 1994, p.14).

O modelo deveria procurar atender essas deliberações a fim de superar o hospital psiquiátrico como alicerce da assistência, e construir uma rede de atenção psicossocial como nova base da assistência em saúde mental.

Além da discussão sobre atenção integral e cidadania, um terceiro tema, articulado com os anteriores, foi discutido: direitos e legislação. Neste ponto foi ressaltada a necessidade de revisão legal, de maneira a garantir a criação de

instrumentos normativos que respaldassem o processo de transformação em curso.

Recomendava-se, entre outros pontos:

1. a revogação o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934;
2. a regulamentação das Leis Orgânicas Municipais no que diz respeito a atenção à saúde mental;
3. a incorporação na legislação brasileira dos “Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental”, da ONU;
4. o apoio às iniciativas de elaboração de projetos de lei estaduais consoantes com as decisões da II CNSM;
5. a garantia e regulamentação nas legislações nacionais, estaduais e municipais que na desativação de leitos em hospitais psiquiátricos públicos, seja assegurada a oferta concomitante de serviços extra-hospitalares;
6. a exigência de aprovação de dispositivos que garantam a cidadania do doente mental e proíbam o uso de praticas violentas, como camisa de força, ECT (eletrochoque), medicação em excesso e psicocirurgias;
7. evitar, ao máximo, a internação do doente mental, a qual só deverá ocorrer depois de esgotados todos os recursos que a possam tornar desnecessária;
8. assegurar a comunicação da internação involuntária ao Ministério Público, à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde (através da Comissão de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica), no prazo de 48 horas. Deverá ser composta uma comissão interdisciplinar capaz de avaliar os diversos tipos de internação, e procedimentos posteriores de proteção ao usuário.
9. a criação de mecanismos de pressão, junto ao Senado, para aprovação imediata do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, dada sua importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país.
10. buscar que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde assumam como diretrizes de política de saúde mental os princípios contidos no projeto de lei do Deputado Paulo Delgado (MS, 1994, p.41-43).

Muitos dos pontos selecionados são próximos às questões presentes no processo de formulação da lei nacional, demonstrando claro apoio ao projeto de lei em tramitação no Senado na época de realização da II CNSM.

As deliberações da II CNSM, em conjunto com a publicação de novos instrumentos normativos pelo Ministério da Saúde, configuraram-se como um ponto de

corde na estruturação da assistência psiquiátrica brasileira. A partir desse momento, o poder público, representado pelo Ministério da Saúde, assumia, como diretriz da nova política de saúde mental, o redirecionamento da assistência, buscando passar de um modelo centrado exclusivamente no hospital psiquiátrico, para outro em que os serviços de atenção psicossocial assumissem o lugar principal.

### *6.3.3. O Ministério da Saúde e a criação de dispositivos para reorientação do modelo assistencial*

No início da década de 90 o Ministério da Saúde publicou instrumentos normativos visando incentivar a criação de serviços de atenção psicossocial, inspirados nas experiências bem sucedidas dos NAPS, em Santos, e do CAPS, de São Paulo.

Anteriormente, as portarias e resoluções do Ministério da Saúde somente previam remuneração para internação psiquiátrica e consultas ambulatoriais, o que dificultava outras possibilidades de intervenção. A Portaria n.º 189/91 possibilita a remuneração de Atendimentos em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial e os Atendimentos em Oficinas Terapêuticas (atividades grupais de socialização, expressão e inserção social). A Portaria n.º 224/92 dispõe sobre as normas para o atendimento em CAPS/NAPS, como a equipe técnica mínima, atividades a serem desenvolvidas, inserção na rede de serviços, etc. Estas portarias garantem o funcionamento e a remuneração das atividades realizadas nestes serviços.

A partir de então, começa a multiplicação de serviços baseados no modelo de atenção psicossocial por todo país, cuja implantação e o funcionamento tiveram um grande incentivo por parte do Ministério da Saúde, mediante alocação de recursos financeiros.

Além do incentivo à criação desses serviços, a Portaria 224/92 estabelecia critérios mínimos para o atendimento prestado nos hospitais psiquiátricos. Pretendia-se com isso fechar os leitos que não estivessem de acordo com critérios mínimos para o atendimento da clientela.

### *6.4. O processo legislativo no Senado Federal: 1991-1999*

O PL 3657/89 da Câmara dos Deputados foi apresentado ao Senado Federal como Projeto de Lei da Câmara (PLC) 8/91, em 18 de fevereiro de 1991<sup>34</sup>, e

---

<sup>34</sup> Cf. Anexo III.

encaminhado à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), tendo o Senador José Paulo Bisol<sup>35</sup> como relator da matéria.

O parecer do relator apresentado à CAS concluía pela necessidade de apresentação de um substitutivo ao projeto original<sup>36</sup>:

*“que, a um só tempo, incorpore o projeto original, ratifique seus conteúdos fundamentais, reproduza sua filosofia e suas finalidades, elimine os defeitos constitucionais apontados, e, quem sabe, em alguma casual omissão o complemento, e aperfeiçoe, imprimindo-lhe uma explicitude de propósitos e uma clareza conceitual que seja capaz de pôr em desconforto os que de boa fé ou de má fé a ele se opuseram e se opõem.”* . (Senado Federal, 1991d, p.147).

Desta forma, o substitutivo apresentado não contradiz as premissas básicas do projeto original, ou seja, a proposta de reorientação do modelo assistencial e o controle das internações psiquiátricas.

A ementa do substitutivo do Senador Bisol:

*“Dispõe sobre o devido processo legal das internações e desinternações hospitalares de natureza psiquiátrica e estabelece regras e procedimentos gerais para a substituição gradual do sistema hospitalocêntrico de atenção aos doentes mentais por um sistema de recursos integrados alternativos”* (Senado Federal, 1991d, p.151).

Na análise do projeto original, o relator introduziu as contribuições de documentos internacionais, como a Declaração de Caracas (1990) e a Resolução da ONU (1991)<sup>37</sup>, buscando respaldar a necessidade de uma reorientação do modelo assistencial, porém considerando que “no atual estágio histórico da atenção aos doentes mentais, é precipitado dissolver ou tentar dissolver o hospital psiquiátrico” (Senado Federal, 1991d, p.137).

O substitutivo apresentado pelo relator Senador José Paulo Bisol, manteve a proposta original de substituição do modelo hospitalar (art.14), com a proibição de: construção de novos hospitais, criação de novos leitos nos hospitais já existentes (art. 15) e contratação ou financiamento pela administração pública, de novos leitos em hospitais psiquiátricos (art. 16).

A proibição de expansão da rede hospitalar deveria apenas respaldar a etapa de construção da nova rede de serviços, servindo como uma forma de realocação de

---

<sup>35</sup> Cf. Anexo XI.

<sup>36</sup> Cf. Anexo IV.

<sup>37</sup> Ver discussão apresentada no capítulo 4 deste trabalho.



recursos, garantindo assim a viabilidade financeira dessa proposta. A disponibilidade dos novos recursos assistenciais traria condições para evitar um grande número de internações, e com isso se observaria uma redução da necessidade de leitos hospitalares. Entretanto, não implicaria na dissolução do hospital psiquiátrico, mas em uma quebra da sua hegemonia. (Senado Federal, 1991d, p.139).

A importância do hospital psiquiátrico como recurso para a atenção e tratamento do doente mental apareceu em vários momentos do texto, chegando a ser apontada sua importância para o próprio processo de Reforma Psiquiátrica:

*“O hospital psiquiátrico, se for capaz de inverter a substância estigmatizante e opressiva de sua institucionalidade, poderá vir a ser, em futuro próximo, um importante instrumento da própria reforma psiquiátrica.”* (Senado Federal, 1991d, p.139).

A proposta de contenção da expansão dos hospitais psiquiátricos teria um caráter provisório, na medida em que depois de transformados seriam incorporados como uma das formas de assistência:

*“evitamos relacionar o hospital psiquiátrico como um dos recursos de atendimento do novo modelo, deixando para o futuro, para a faticidade, para a História essa importante decisão, que sendo importante não é urgente, como qualquer inteligência mediana pode perceber. Por outro lado, cumprido o plano, realizada a reforma, o hospital psiquiátrico poderá vir a ser, preceitualmente, outra coisa certamente sem consequência estigmatizante, de tal forma que, eliminada a sua tendência à centralização, talvez se incorpore ao novo sistema como um dos seus recursos.”* (Senado Federal, 1991d, p.149-150).

O caráter provisório da proposta de substituição da rede hospitalar não foi suficiente para responder aos anseios dos grupos defensores do modelo hospitalar de atendimento psiquiátrico.

O controle das internações psiquiátricas “involuntárias”<sup>38</sup> foi considerado um “imperativo constitucional” e de extrema importância, porém para o relator o problema estaria na solução adotada, que seria incorreta. A instância designada para a revisão das internações, a Defensoria Pública, não poderia assumir essa função tendo em vista que ela não se constitui, segundo os preceitos constitucionais, em uma “autoridade judiciária”. Para o relator, essa função seria mais bem desempenhada pelo Ministério

<sup>38</sup> O parecer introduz o termo internações involuntárias, no lugar de internações compulsórias, presente no projeto original aprovado na Câmara dos Deputados.

Público, por sua abrangência nacional, suas atribuições definidas constitucionalmente e pela “tradição do direito civil brasileiro atribuir ao Ministério Público a curatela geral dos doentes mentais” (Senado Federal, 1991d, p.146).

Foi a primeira referência ao Ministério Público como instância revisora das internações psiquiátricas involuntárias. Esta aceção foi incorporada a discussão sobre este tema, sendo mantida em grande parte dos substitutivos apresentados no Senado Federal, chegando à redação final da Lei 10.216, em 2001.

Para o relator, o controle das internações involuntárias só poderia ser revisional, sendo “um absurdo fazer a internação esperar por outra decisão que não a do psiquiatra e do próprio internando quando possível.” (Senado Federal, 1991d, p.146).

Apoiado nos princípios integrantes da Resolução da ONU, considera que o órgão de revisão ou controle não precisaria ser obrigatoriamente estatal, e:

*“poderá, no futuro, ser atribuído a órgão não estatal como seria, por exemplo, o caso de um Conselho formado pela associação dos psiquiatras, ou o próprio Conselho de Ética da Associação ou um Conselho de Profissionais de Saúde Mental, desde que nos termos do ‘devido processo legal’, ou seja, segundo estabelecido pela lei e respeitado o disposto pelo artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal.”* (Senado Federal, 1991d, p.147).

Esta última proposta contradiz o próprio espírito de garantia de direitos civis presente no projeto original. Restabeleceu o poder decisório relativo à garantia de direitos a uma instância técnica, que avaliaria os seus pares, e não a uma instância independente e comprometida com a defesa de direitos e cidadania, como o Ministério Público.

No ano de 1991, durante a fase inicial de debates na CAS foram apresentadas três emendas modificativas, duas do Senador José Fogaça<sup>39</sup> (Senado Federal, 1991a, 1991b), em 28 de junho, e uma do Senador Lourival Baptista<sup>40</sup> (Senado Federal, 1991c), em 15 de agosto.

---

<sup>39</sup> As emendas modificavam a redação de dois artigos do projeto original. A primeira emenda dava ao artigo 1º a seguinte redação: “Art. 1º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos manicômios públicos” (Senado Federal, 1991a, p.159). E a segunda, apresentava a seguinte redação ao artigo 2º: “Art. 2º - As Administrações Regionais de Saúde (Secretaria Estaduais, Comissões Regionais e locais, Secretarias Municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, centro de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial” (Senado Federal, 1991b, p.162).

<sup>40</sup> A emenda propunha a alteração do prazo determinado no artigo 3º, §2º, de 24 horas, para 72 horas, buscando delimitar um prazo que fosse exequível, e assim, assegurar o cumprimento da determinação legal (Senado Federal, 1991c, p.165).

As emendas do Senador José Fogaça<sup>41</sup> pretendiam demarcar a diferenciação entre o manicômio e o hospital psiquiátrico, na medida em que o primeiro seria considerado uma instituição sem fins terapêuticos e o segundo, uma:

*“instância de referência ou o locus especializado, onde se trata determinados doentes mentais nas fases agudas ou de reagudização, constituindo-se numa das inúmeras formas de atendimento em saúde mental, e não, a exclusiva.”* (Senado Federal, 1991a, p.161).

Esta diferenciação já havia sido apresentada na discussão final do projeto na Câmara dos Deputados e se manteve em pauta durante grande parte do debate legislativo no Senado Federal.

No seu parecer, Senador Bisol concluiu pela rejeição das duas emendas do Senador José Fogaça, e pela incorporação, em parte, da emenda do Senador Lourival Baptista no substitutivo apresentado. Ao justificar a não aprovação das emendas afirma que elas se configuram como “expedientes e instrumentos de luta contra a implantação do modelo não hospitalocêntrico de atendimento aos doentes mentais” (Senado Federal, 1991d, p.150).

Em 10 de dezembro de 1991 foram apresentados os “votos em separado” do Senador Lucídio Portella<sup>42</sup> e do Senador Beni Veras<sup>43</sup>.

O Senador Lucídio Portella posicionou-se contrariamente ao projeto original e ao parecer do relator Senador Bisol, afirmando que o projeto de lei viria contrariar os princípios técnicos e científicos norteadores da prática psiquiátrica, conforme observados no mundo. O hospital psiquiátrico seria um dos estabelecimentos para tratamento de doenças mentais, defendendo a garantia de acesso a todas as alternativas de tratamento possíveis neste campo.

O Senador Beni Veras estabelecia um critério quantitativo para a substituição gradual dos leitos, buscando: impedir o risco, mesmo que improvável, de desospitalização brusca e estabelecer garantias para a rede conveniada de assistência. Propunha ainda a ampliação para 48 horas do prazo de comunicação da internação involuntária à autoridade judiciária, estendendo essa comunicação à Comissão de Ética Médica do estabelecimento onde foi realizada a internação e a inclusão dos prestadores de serviços privados no Conselho de Reforma Psiquiátrica.

Estas posições já demonstram o crescimento de forças de oposição ao projeto original, através da busca de ampliação do poder médico no processo de internação, e da

---

<sup>41</sup> Cf. Anexo XI.

<sup>42</sup> Cf. Anexo XI.

<sup>43</sup> Cf. Anexo XI.

participação da iniciativa privada nos fóruns deliberativos e avaliativos do processo de Reforma Psiquiátrica, e de estratégias de manutenção do quantitativo de recursos públicos na contratação de serviços privados em psiquiatria.

Após quatro anos de silêncio no processo de tramitação do projeto de lei no Senado Federal, a discussão foi retomada no segundo semestre de 1995, quando foram apresentadas duas propostas que tiveram grande repercussão na literatura científica<sup>44</sup>: as emendas do Senador Lúcio Alcântara<sup>45</sup> (Senado Federal, 1995c) e a proposta de substitutivo do Senador Lucídio Portella (Senado Federal, 1995a).

Em 23 de novembro de 1995, através de um voto em separado à Comissão de Assuntos Sociais, o Senador Lúcio Alcântara, que já havia participado da discussão deste projeto na Câmara dos Deputados em 1990, emitiu parecer favorável à aprovação, com quatro emendas de teor significativo<sup>46</sup>. No que tange a reorientação do modelo assistencial, propunha a substituição progressiva dos manicômios, ao invés da sua extinção, conforme o projeto original, e estabelecia instrumentos para garantir a execução e a viabilidade. Caberia ao poder público a coordenação do processo de planejamento e acompanhamento da substituição dos leitos manicomial por serviços não manicomial. Os órgãos de gestão do SUS teriam o prazo de um ano, a partir da publicação da lei, para apresentarem ao poder legislativo, em seu nível, planejamento e cronograma de implantação dos novos serviços. Previa ainda a garantia de recursos do poder público, pelos cinco anos seguintes à publicação da lei, para financiamento do processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial.

A preocupação com a continuidade e qualidade da assistência também estava presente, e buscava responder as solicitações de setores envolvidos. Em seu parecer, o Senador Lúcio Alcântara afirma:

*“Concordando com a preocupação de um número significativo de pessoas – familiares e amigos de doentes mentais, psiquiatras e organizações – que fizeram chegar a esta Casa, à Comissão de Assuntos Sociais e a esta Relatoria suas opiniões e apreensões sobre os possíveis reflexos de uma desinstitucionalização brusca sobre os doentes com grave dependência institucional, em razão do seu quadro clínico ou ausência de suporte sócio-familiar, estamos acrescentando, no texto de uma das emendas que oferecemos, dispositivo que garanta que esses doentes serão objeto de políticas e programas de*

---

<sup>44</sup> Esse aspecto será apresentado no capítulo seguinte.

<sup>45</sup> Cf. Anexo XI.

<sup>46</sup> Cf. Anexo V.

*ressocialização, sob responsabilidade sanitária municipal.*” (Senado Federal, 1995c, p. 5516).

A participação dos estabelecimentos conveniados na substituição da rede assistencial deveria ser assegurada, sendo que uma das emendas propunha prioridade na contratação ou financiamento pelo setor público aos prestadores que substituíssem os seus leitos manicomiais por serviços alternativos. Desta forma, não haveria fuga dos capitais privados da construção da nova rede de serviços assistenciais e do desenvolvimento das novas tecnologias e se daria garantias à rede conveniada.

O Ministério Público, de acordo com o que propôs o Senador Bisol, era o responsável pela revisão das internações compulsórias, termo oriundo do projeto original. O prazo para comunicação pelo médico ao Ministério Público foi estendido para 48 horas, sendo determinado um prazo de 72 horas para manifestação do Ministério Público sobre a legalidade da internação.

A proposta do Senador Lúcio Alcântara, embora atendesse alguns dos pontos levantados por grupos contrários ao projeto original, não tocava em algumas questões fundamentais que, para esses grupos, não eram admissíveis. O ponto principal era o próprio processo de substituição da rede assistencial para superar o modelo hospitalar psiquiátrico.

O Senador Lucídio Portella procura avançar em alguns desses pontos mediante uma proposta, que ele denomina como “técnica e científica”, e que mantinha os hospitais psiquiátricos com um dos recursos não manicomiais da assistência psiquiátrica. Diferenciando assim, a “boa” e a “má” assistência hospitalar.

Também nesse sentido devemos destacar a declaração de voto do Senador Gilvam Borges<sup>47</sup>, na qual afirma expressamente discordar de “qualquer proposta que vise a extinguir ou a proibir a construção de novas unidades manicomiais” (Senado Federal, 1995b, p.5519), e vota pela rejeição do projeto de lei. Respalda sua argumentação em um artigo científico no qual “os autores defendem categoricamente, a existência e a manutenção dos hospitais psiquiátricos”<sup>48</sup>, e na opinião do Presidente da Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM), Sr. Zedyr Macedo, que “declara, sem meias palavras, que o projeto acabará com o único tipo de assistência organizada para o doente mental”<sup>49</sup> (Senado Federal, 1995b, p.5519).

---

<sup>47</sup> Cf. Anexo XI.

<sup>48</sup> Artigo publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, assinado por Carol Sonenreich e Luis de M. Altenfeider Silva Filho, sob o título Desospitalização.

<sup>49</sup> Jornal O Globo, Jornal da Família, em 10 de setembro de 1995.

A proposta de substitutivo apresentada pelo Senador Lucídio Portella<sup>50</sup> organiza de forma sistemática os interesses dos representantes dos grupos que buscam manter a primazia do aspecto técnico no campo da psiquiatria, e daqueles grupos que procuram manter alguma forma de benefício pela continuidade do sistema hospitalar, sejam benefícios de natureza financeira, que é o caso dos prestadores de serviços, ou mesmo pessoais, como no caso de determinados grupos de familiares, que sustentam a impossibilidade de cuidar dos doentes mentais fora do âmbito hospitalar. Esses três discursos se complementam e se sustentam reciprocamente.

O Senador Lucídio Portella na argumentação de seu voto em separado apresentado à CAS, considera que o projeto de lei original era inspirado em “posturas ideológicas que reduzem as doenças mentais a simples conseqüências da chamada ‘repressão político-social dominante’” (Senado Federal, 1995a, p.5507).

Toda a argumentação buscava ressaltar a importância das contribuições científicas e técnicas no campo das doenças mentais, o que não teria sido levado em consideração na elaboração do referido projeto.

O parecer do Senador Portella concluiu pela “proposta de um substitutivo eminentemente técnico e que trouxesse uma efetiva política de saúde mental para o país.” (Senado Federal, 1995a, p.5510), visando “sobretudo resguardar os direitos civis e fundamentais do portador do transtorno mental, ao tempo que lhe assegure, em qualquer circunstância, o melhor tratamento que a ciência psiquiátrica possa dispor” (Senado Federal, 1995a, p.5512). Na justificação de seu voto, e necessidade de apresentação de um novo substitutivo, o Senador Portella reforça a importância e necessidade de manutenção do atendimento hospitalar em psiquiatria, tendo em vista que somente o tratamento extra-hospitalar não era suficiente para o tratamento de todos os doentes mentais:

*“é importante observar que a assistência extra-hospitalar exclusiva não contempla plenamente a necessidade de tratamento do doente mental grave, o qual, em virtude da própria doença, não se considera doente e se nega a qualquer tratamento. A assistência comunitária tem se mostrado mais eficiente no atendimento do portador de transtorno mental leve, que por si mesmo busca tratamento, ou, ainda, daquele cuja família dispõe de tempo e recursos para acompanhá-lo.”* (Senado Federal, 1995a, p.5508).

---

<sup>50</sup> Cf. Anexo VI.

Nessa colocação, um outro ponto merece destaque. A presunção de que os indivíduos em situação de sofrimento mental grave não dispõem de discernimento necessário para avaliar a necessidade de tratamento, cabendo assim, seja ao profissional médico, ou ao familiar, a capacidade de avaliação dessa necessidade.

A existência de doentes mentais vivendo nas ruas era encarada como conseqüência da substituição da hospitalização pelo atendimento comunitário, base de algumas experiências internacionais de desospitalização, como a dos Estados Unidos. A experiência italiana também foi citada. Afirmou-se ser “visível o crescimento do número de mendigos doentes mentais” e haver a tramitação no parlamento italiano de mais de dez propostas de reforma da Lei Basaglia (Senado Federal, 1995a, p.5508).

Na análise do projeto de lei original, o Senador Portella apontou a necessidade de diferenciação conceitual entre o “moderno hospital especializado em psiquiatria” e o manicômio, denominado como “equipamento obsoleto”; haveria uma confusão entre “o instrumento legítimo com a sua má aplicação” (Senado Federal, 1995a, p.5508). Ao discutir esse ponto, a emenda proposta pelo Senador Fogaça foi resgatada e elogiada pelo Senador, que considerava equivocada a sua rejeição pelo relator.

Um outro aspecto do projeto criticado no parecer foi a sua proposta de extinção progressiva dos manicômios. Para o Senador:

*“Uma vez sancionada a lei, fatalmente a extinção progressiva transforma-se-á numa extinção precipitada, posto que uma entidade sem futuro está previamente morta, como aliás se comprovou na Itália e nos Estados Unidos, onde essa ‘extinção progressiva’ foi denominada dumping, quer dizer descarga em massa dos doentes para fora dos hospitais.”* (Senado Federal, 1995a, p.5509).

O discurso que associava a extinção do tratamento hospitalar a desassistência mais uma vez estava presente na argumentação do Senador Portella, tal qual quando se projetou o crescimento da população de rua em decorrência da política de desospitalização já discutido anteriormente.

Para embasar o seu ponto de vista, o Senador Portella utilizou, em dois momentos do texto, as contribuições do Prof. Valentim Gentil Filho, da Faculdade de Medicina da USP, que foi um dos principais opositores do projeto de lei no campo acadêmico, com vários artigos publicados nos quais defendia a manutenção do hospital psiquiátrico e a caracterização da internação psiquiátrica como um ato exclusivamente técnico, de âmbito médico<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Gentil Filho, 1998, 1999a, 1999b, 2001.

Em relação às internações compulsórias ele considerou uma “designação equívoca, com duplo sentido”, e sugeriu a conceituação clara de três tipos de internação: voluntária (com o consentimento do usuário), involuntária (sem o consentimento do usuário, ou a pedido de terceiros) e compulsória (determinada pela justiça). Para ele, era necessário que fossem criados mecanismos rígidos de controle da hospitalização involuntária e propôs a criação de uma Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária, constituída por dois membros da Comissão de Ética do estabelecimento, registrada no Conselho Regional de Medicina, e um médico representante do Conselho de Saúde Municipal. O Ministério Público só seria acionado excepcionalmente, atendendo denúncias ou solicitação de familiares ou representante legal do paciente e, a partir disso, designar junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação da hospitalização involuntária.

Assim, a revisão das internações hospitalares tornava-se um procedimento exclusivamente médico, de acordo com os preceitos éticos determinados para o exercício da profissão, realizado pelos próprios profissionais.

O Senador Portella utilizou como subsídio, para a definição dos direitos dos doentes mentais, os princípios da Resolução da ONU, de 1991, e Resoluções do Conselho da Europa, de 1994 (Senado Federal, 1995a, p.5510). A influência dos princípios da ONU era clara no substitutivo apresentado, no qual os dois primeiros artigos tratavam exclusivamente dos direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental.

O texto do substitutivo partiu da definição desses direitos e chegou à organização da assistência aos portadores de transtorno mental, incluindo as diferentes formas de hospitalização.

Em 23 de novembro de 1995, a CAS rejeitou o relatório do Senador Lúcio Alcântara e aprovou o voto em separado do Senador Lucídio Portella que, submetido ao Plenário, em 23 de fevereiro de 1996, recebeu sete emendas: quatro do Senador Lúcio Alcântara e duas do Senador José Eduardo Dutra<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> Cf. Anexo XI.



As emendas do Senador Lúcio Alcântara buscavam resgatar os principais pontos por ele apresentados anteriormente e rejeitados pela CAS: substituição progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais, papel do poder público no processo de instalação da nova rede assistencial e no processo de desospitalização, papel do Ministério Público na revisão das internações involuntárias, buscando garantir o respeito dos direitos individuais dos pacientes, prioridade de contratação pelo poder público dos prestadores que substituírem os seus leitos manicomialiais por serviços alternativos e, revisão da lei após cinco anos da sua publicação.

O Senador José Eduardo Dutra propunha: a) substituição do sistema atual através de critérios de planejamento, com limite para a desativação dos leitos de no máximo um décimo do total de leitos existentes no estado, ao ano; b) coordenação do processo de substituição dos leitos psiquiátricos manicomialiais pelos gestores da saúde, nos três níveis de governo; c) criação de Conselhos de Reforma Psiquiátrica, estaduais e municipais, com representação de técnicos, usuários, familiares, poder público, prestadores de serviços, Ordem dos Advogados, com a função de acompanhar a elaboração e aprovar os planos regionais e municipais de desospitalização; d) comunicação da internação involuntária à autoridade judiciária local e à Comissão Ética do estabelecimento.

Em 9 de agosto de 1996, o Senador Lucídio Portella encaminhou minuta de parecer à CAS concluindo somente pela aprovação de duas das sete emendas apresentadas em Plenário: a do Senador Lucio Alcântara que propunha e definia a participação do poder público no processo de reorganização da assistência, e a do Senador José Eduardo Dutra que afirmava o papel dos gestores do SUS na coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomialiais, e propunha a criação de Conselhos de Reforma Psiquiátrica pelas Secretarias Estaduais e Municipais.

As emendas aceitas pelo Senador Lucídio Portella não comprometiam o teor das argumentações por ele apresentadas, nem traziam modificações reais na sua proposta.

Entretanto, o exame dessas emendas prolongou-se por cerca de dois anos, quando entra em cena o Senador Sebastião Rocha<sup>53</sup> que assumiu a relatoria do projeto tendo em vista o impedimento do Senador Lucídio Portella por assumir funções no Senado Federal, que segundo o Regimento Interno, o impediam de emitir parecer às Emendas de Plenário.

No final de 1998, após um parecer detalhado e fundamentado em diversos pontos de vista, o Senador Sebastião Rocha propôs um novo substitutivo elaborado a

---

<sup>53</sup> Cf. Anexo XI.

partir de uma revisão do texto do Senador Lucídio Portella, de maneira a incorporar as emendas propostas em Plenário, e resgatar algumas características, consideradas por ele, relevantes do projeto original<sup>54</sup>.

O parecer e o substitutivo do Senador Sebastião Rocha tiveram um caráter conciliador entre os grupos opositores e defensores do projeto original e, desta forma, alcançou o objetivo de elaborar um texto legal que espelhasse a atualidade do debate no campo.

O modelo da assistência ao doente mental vigente era entendido como frágil e ineficiente, o que tornava o projeto de lei relevante, com uma temática de vital importância para a sociedade.

No parecer, este modelo foi caracterizado pela:

*“predominância do tratamento em instituições psiquiátricas de caráter meramente asilar, cuja atuação não tem como objetivo tentar recuperar ou reinserir os doentes em seu meio, mas apenas segregá-los. Estas instituições limitam-se a práticas excessivamente voltadas para a farmacoterapia, com pouca utilização de procedimentos sócio ou psicoterápicos.(...) Em tais circunstâncias, são freqüentes as denúncias (de tempos em tempos registradas nos jornais) de maus tratos e violência contra os pacientes. E, à parte essas ocorrências comuns, é habitual os doentes serem mantidos em péssimas condições de higiene, em precário estado nutricional e sem o mínimo cuidado de saúde”* (Senado Federal, 1998a, p. 18.687).

A crítica apresentada no parecer resgatava grande parte do ideário de contestação do modelo manicomial contido no movimento em saúde mental, sem no entanto estabelecer uma proposta de extinção do tratamento hospitalar como forma de atendimento, como veremos mais adiante.

O modelo comunitário de atendimento foi apresentado como uma estratégia viável, com o objetivo de sociabilizar o doente mental, em contraposição a um dispositivo institucionalizante, que muitas vezes prejudica os indivíduos:

*“Se o tratamento comunitário não garante a cura dos doentes mentais, o atual modelo institucionalizante, além de não curar, na maioria das vezes agrava o quadro dos pacientes, que se tornam dependentes e perdem o restante do senso social e familiar que a doença por si mesma não lhes subtrai”* (Senado Federal, 1998a, p. 18.689).

---

<sup>54</sup> Cf. Anexo VII.

A questão da periculosidade do doente mental também foi discutida, e buscou-se desmontar o estereótipo do “louco violento”, muitas vezes utilizado por opositores do projeto original:

*“Ainda que não existam estatísticas precisas sobre esse aspecto, sabe-se que apenas uma pequena minoria de doentes mentais enquadra-se, eventualmente, na classificação de perigosos ou violentos. Esse rótulo não é definitivo, já que os comportamentos de agressividade, que geralmente ocorrem nas fases de angústia e sensibilidade por que passam os doentes, não são inerentes a nenhuma patologia mental.”*

(Senado Federal, 1998a, p. 18689).

Em vários momentos do texto, o Senador Sebastião Rocha destacou a relação entre a família e o tratamento do doente mental, resgatando a importância da superação de preconceitos, da participação da família no tratamento, que teria um papel “coadjuvante no processo terapêutico” e da sua responsabilidade neste processo:

*“Assim como não se admite como normal uma família abandonar qualquer de seus membros portadores de doença crônico-degenerativa (parkinsonismo e Alzheimer, por exemplo), ou de dependência de álcool ou drogas, ou de deficiência mental (síndrome de Down etc), ou de paralisia cerebral, e dela se espera que cuide desse familiar e represente o ‘lugar seguro’ para onde ele possa retornar após receber o tratamento necessário, também não se pode mais aceitar que as famílias de portadores de doença psiquiátrica (cujo comprometimento neuropsicológico possui semelhanças com o que ocorre nas doenças supracitadas) apenas abandonem esses doentes em uma instituição em caráter definitivo.”* (Senado Federal, 1998a, p. 18688).

Com essas afirmações o Senador sustentou a desmontagem da argumentação de grupos de familiares que defendiam a impossibilidade de conviver com alguns tipos de doentes mentais, pois os familiares seriam fortemente prejudicados por esse convívio, tanto pelo perigo iminente de uma agressão, quanto pelo desgaste que a proximidade com a doença acarretaria.

A omissão dos familiares no tratamento dos doentes mentais foi encarada pelo Senador como um dos principais motivos para a manutenção da assistência psiquiátrica da forma como estava organizada.

Após analisar alguns dados da assistência psiquiátrica no país, e um estudo realizado no Estado de São Paulo<sup>55</sup>, o Senador concluiu que:

*“pode-se inferir que as principais forças perpetuadoras do estado de coisas atual no campo da assistência psiquiátrica se baseiam no tripé omissão dos familiares, interesses de donos de hospital e convivência do Poder Público como responsável pelo suporte financeiro.”* (Senado Federal, 1998a, p. 18.691).

Na discussão do projeto original, o Senador Rocha destacou os aspectos que considerava como positivos e os que precisariam de reformulação, além de situar as manifestações dos grupos de apoio e oposição presentes na discussão. Registrou as manifestações de apoio recebidas pelo projeto de lei em sua tramitação no Congresso Nacional<sup>56</sup>, e delimitou o ideário dos que se manifestaram em oposição<sup>57</sup> que se basearia no “temor que o projeto poderia acarretar a colocação de todos os doentes mentais nas ruas, onde eles ficariam sem qualquer assistência e ameaçariam a própria integridade e a dos demais cidadãos” (Senado Federal, 1998a, p. 18.692). Entretanto, para o Senador, o projeto não possuiria nenhum dispositivo que embasasse esta posição. Considerava extremamente relevante apresentar o projeto de lei, pois viria responder à necessidade da criação de instrumentos que pudessem facilitar a indispensável transformação da assistência psiquiátrica:

*“o processo de reforma psiquiátrica em andamento no País requer outros instrumentos, inclusive a norma legal pertinente, que lhe possam atribuir a celeridade e a efetividade necessárias.”* (Senado Federal, 1998a, p. 18691).

---

<sup>55</sup> Ribeiro, Herval Pina. *Estabelecimentos destinados ao confinamento de doentes mentais no Estado de São Paulo. Estudo de tendências enquanto atividade econômica (1980/1989)*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde. [sd] (Senado Federal, 1998a, p.18690).

<sup>56</sup> São citadas como manifestações de apoio: Associação Brasileira de Psiquiatria/VIII Jornada Norte-Nordeste de Psiquiatria/II Jornada Paranaense de Saúde Mental (moção); conselhos federais de fiscalização do exercício profissional (moção assinada por dezoito conselhos), Conselho Nacional de Saúde (moção com parecer em anexo); Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 6ª Região (ofício); Conselho Regional de Psicologia – 11ª Região (carta enviada por fax); Ministério da Saúde/Encontro de Parlamentares Estaduais sobre Legislação Psiquiátrica no Brasil (relatório final); Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (carta); Encontro Brasileiro de Reabilitação Psicossocial/Seminário Regional da World Association for Psychosocial Rehabilitation (moção com quatrocentas assinaturas). (Senado Federal, 1998a, p. 18692).

<sup>57</sup> São citadas como manifestações contrárias: professores de psiquiatria em faculdades de medicina oficiais e oficializadas (manifesto com 79 assinaturas publicado em jornal); Associação de Familiares de Doentes Mentais (carta com parecer); psiquiatras e demais profissionais de saúde mental (abaixo-assinado com 513 assinaturas de psiquiatras e 3.200 de outros profissionais, publicado em jornal); Prof. Dr. Jorge Alberto Costa e Silva, Presidente da Associação Mundial de Psiquiatria (carta com considerações); Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (manifesto); Federação Brasileira de Hospitais/Departamento de Psiquiatria (carta com estudo e anexos; substitutivo); Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro/Câmara Técnica de Saúde Mental (substitutivo). (Senado Federal, 1998a, p. 18692).

Para o Senador Rocha o principal propósito do projeto seria determinar legalmente que a reforma psiquiátrica fosse implantada, através da criação de um mecanismo de aceleração e viabilização financeira do processo de substituição progressiva dos leitos manicomial por leitos em estabelecimentos de saúde mental de caráter comunitário. Desta forma, seria possível:

*“impedir que o Estado continue a subsidiar o péssimo tratamento oferecido pelos mecanismos privados e obrigá-los a alavancar a mudança de mentalidade rumo às formas mais humanas de assistência à saúde mental por meio da reforma em suas próprias estruturas de atendimento”*. (Senado Federal, 1998a, p. 18691-92).

Neste ponto o Senador destacou dois pontos do tripé apresentado por ele como obstáculos para o processo de Reforma Psiquiátrica: conivência do setor público e interesses dos donos dos hospitais. Ou seja, a grande parte do problema para a transformação da assistência psiquiátrica estaria ligada à forma de financiamento adotada historicamente no país que teria reforçado uma relação em que a lógica do lucro e a ausência de controle e de participação estatal prevaleceriam.

Cabe ressaltar que esse aspecto foi um dos principais argumentos que dispararam o processo crítico em saúde mental no país, como analisado no capítulo anterior. Desta forma, o parecer do Senador Rocha resgatou parte significativa do ideário do movimento em saúde mental, embora tenha reafirmado a importância do papel do hospital na rede de serviços, o que não era compartilhado pela maior parte dos grupos participantes do movimento, principalmente os ligados ao movimento de usuários e familiares, segmento que cresceu significativamente na década de 90<sup>58</sup>.

Retomando a análise do projeto original, o Senador apresentou os seus principais “vícios legislativos e falhas conceituais” que se resumiam em:

*“impor atribuições a entidades dos Poderes Executivos estaduais, ou seja, inconstitucionalidade por vício de iniciativa, classificar todas as internações não voluntárias como compulsórias, ignorando a diferença entre as internações determinadas pelo Poder Judiciário e aquelas solicitadas por familiares e/ou médicos e impor atribuições à defensoria pública ou autoridade judiciária que a substitua.”* (Senado Federal, 1998a, p. 18692)

Para o Senador Rocha, o substitutivo do Senador Lucídio Portella, aprovado na CAS, era “mais abrangente e conceitualmente mais apropriado”, e representava um

<sup>58</sup> Sobre o movimento de usuários e familiares em saúde mental no Brasil consultar os trabalhos de Souza, 1999, Silva, 2000, Soalheiro, 2003.

“real aperfeiçoamento no que tange a estabelecer diretrizes para uma política de saúde mental e para um modelo abrangente de atenção ao doente mental” (Senado Federal, 1998a, p. 18692)

No entendimento do Senador Sebastião Rocha, o “modelo abrangente em saúde mental” contido no substitutivo aprovado era:

*“(...) o modelo de assistência ideal, já que prevê essa complementaridade entre o atendimento em hospitais psiquiátricos (prestado de forma integral) e as demais formas de atendimento. Isso, porém, demandaria um significativo crescimento dos recursos gastos com saúde mental, o que o afasta da realidade de saúde no Brasil”* (Senado Federal, 1998a, p. 18693).

Desta forma, já que a proposta contida no substitutivo seria inexecutável, o Senador Rocha buscou demonstrar a importância de que a lei aprovada fosse um instrumento que garantisse a transformação do modelo assistencial, através da reorientação dos recursos do sistema hospitalar para o sistema de base comunitária, tendo em vista a escassez de recursos e o seu uso inadequado no sistema hospitalar de base asilar. Nas palavras do Senador:

*“apesar de contemplar um modelo abrangente de assistência ao doente mental, de restringir a internação involuntária e de determinar como finalidade do tratamento a reabilitação e reinserção social do doente, ao omitir-se na determinação de que uma reforma psiquiátrica deva ser feita (para conduzir a assistência atual ao modelo abrangente) e no estabelecimento da fonte de recursos financeiros para a implementação dessa reforma, o substitutivo perpetua, na prática, a situação atual de predominância da institucionalização como forma de assistência.”* (Senado Federal, 1998a, p. 18693).

Do ponto de vista do Senador Sebastião Rocha, uma lei ideal de saúde mental deveria abranger cinco requisitos básicos:

- 1) elaboração das diretrizes para uma política de saúde mental;*
- 2) definição do modelo mais abrangente e ideal possível de atendimento à saúde mental;*
- 3) a determinação da forma de transição da situação atual para o modelo ideal;*
- 4) a previsão dos meios financeiros para fomentar a transição;*

*5) a estipulação das penas para quem praticar atos lesivos à integridade dos doentes mentais ou violar os dispositivos contidos na lei.” (Senado Federal, 1998a, p. 18694).*

Considerando que nem o projeto original, que somente atendia os itens 3 e 4, nem o substitutivo aprovado na CAS, que apenas contemplava os itens 1 e 2, abordavam todos os cinco aspectos enumerados, o Senador defendeu a necessidade de apresentação de um novo substitutivo que pudesse responder a todos esses pontos. Incorporar todos esses itens era indispensável e seria uma forma de garantir a aplicabilidade e efetividade da lei aprovada, evitando assim que ela se tornasse “letra morta, como milhares de outras leis brasileiras” (Senado Federal, 1998a, p. 18694).

O temário apresentado no texto do Senador Lucídio Portella foi, em grande parte, mantido no substitutivo apresentado pelo Senador Sebastião Rocha, o qual foi apresentado pela CAS para exame do Plenário do Senado Federal, em conjunto com a proposta do Senador Lucídio Portella.

A proposta do Senador Rocha reforçava o aspecto do redirecionamento da assistência, buscando garantir recursos para isso mediante a restrição da ampliação dos leitos psiquiátricos. Este ponto foi alvo de intensos debates, e de propostas de modificação que foram acolhidas pelo plenário.

A segunda divergência principal entre os dois substitutivos relacionava-se a instância de revisão das internações involuntárias. o Senador Rocha retomou a proposta contida no parecer do Senador Bisol e elegeu o Ministério Público como entidade destinada a cumprir essa função e não, como propunha o Senador Portella, uma comissão composta apenas por representantes da classe médica.

Um outro ponto que merece destaque no substitutivo do Senador Rocha foi a inclusão da responsabilidade e supervisão do Ministério Público e da autoridade sanitária competente na criação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial. Propunha, ainda, a criação de critérios para a alta dos pacientes há longo tempo internados<sup>59</sup>.

A definição de critérios para a alta e a participação do Ministério Público foi motivo de divergências no Plenário, que dificultaram a manutenção do acordo conciliatório firmado para a apresentação do substitutivo.

---

<sup>59</sup> Condições de alta: a) sua saída não lhe venha acarretar interrupção do tratamento necessário e agravamento dos sintomas; b) sua saída não o leve ao abandono material ou afetivo; c) sua saída não o entregue, direta ou indiretamente, à exploração interesseira de terceiros; d) sua saída obedeça à legislação vigente relacionada a cada caso; e) sua reabilitação psicossocial seja assistida por equipe multi profissional. (art. 5º, §4º).

O ponto nodal de toda a discussão no Senado Federal era a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos. Era a partir desse ponto que os opositores e defensores travaram os debates mais intensos que estiveram, em certa medida, presentes na discussão final do projeto em plenário.

Na última reunião de trabalho do ano de 1998 foram colocados em discussão os pareceres dos Senadores Lucídio Portella e Sebastião Rocha, quando vários senadores, a maioria com formação médica, apresentaram sua avaliação do processo de tramitação, e dos substitutivos em pauta<sup>60</sup>.

A estratégia conciliadora que o substitutivo do Senador Rocha demonstrava foi explicitada no discurso do próprio Senador em plenário. Relatou os entendimentos entre ele, o Senador Lucídio Portella e o Ministério da Saúde na elaboração da proposta apresentada, que haviam sido possibilitados pela interferência do Senador Sérgio Machado, líder do PSDB, partido do governo.

A presença em plenário do Deputado Paulo Delgado, autor do projeto original, foi registrada pelo Senador Lucio Alcântara, e teve manifestações de apoio e protesto nos discursos proferidos. O Senador Rocha considerou ter sido um equívoco a não participação do Deputado Paulo Delgado nas negociações, o que teria gerado um impasse com relação ao artigo 5º, que criava as condições de alta para os pacientes há longo tempo internados, e a inclusão do Ministério Público. Buscou justificar qual havia sido a intenção em colocar esse dispositivo no texto, ressaltando que “foi feito de boa-fé”, e apresentou os argumentos contrários a essa proposta colocados em pauta pelo Movimento de Luta Antimanicomial e pelo Deputado Paulo Delgado, reconhecido por ele como representante do ideário deste movimento:

*“No momento, Sr. Presidente, estou convencido de que o Ministério Público não tem razão para participar desse processo. Reconheço que a argumentação, tanto do Deputado Paulo Delgado, autor da proposição na Câmara dos Deputados, quando do Movimento de Luta Antimanicomial, procede, mas alguns incisos, que eu na condição de Relator incluí no meu parecer, dificultam o processo da alta hospitalar de pessoas que estão há longo tempo hospitalizadas e o transforma em uma medida muito difícil de se estabelecer, favorecendo, portanto, o prolongamento da internação.”* (Senado Federal, 1998b, p.18.940).

---

<sup>60</sup> Carlos Patrocínio (médico, PFL/TO), Lucio Alcântara (médico, PSDB/CE), Sebastião Rocha (médico, PDT/AP), Lucídio Portella (médico, PPB/PI), Emilia Fernandes (professora, PDT/RS), Gerson Camata (economista, jornalista, PMDB/ES), Hugo Napoleão (advogado, PFL/PI).



O Senador Sebastião Rocha considerava que o acordo deveria ter sido feito com a participação de um representante legítimo do Movimento de Luta Antimanicomial, possibilitando assim: “a participação das duas correntes interessadas e que há muito tempo vêm trabalhando e se posicionando a respeito desse projeto” (Senado Federal, 1998b, p.18.940). Uma das correntes teria sido representada efetivamente pelo Senador Lucídio Portella, que defendia a tese da manutenção dos hospitais psiquiátricos.

O Senador argumentou favoravelmente à retirada desse dispositivo, embora houvesse sido acordado nas negociações de conciliação, ressaltando porém a importância da manutenção do acordo feito como forma de não perder credibilidade no processo de estabelecer novos acordos e entendimentos no âmbito do Senado.

Desta forma, o Senador não propunha diretamente o rompimento do acordo, mas procurava apresentar subsídios para que esse parágrafo pudesse ser discutido e modificado no texto final.

Um dos argumentos apresentados pelo Senador foi a garantia dada pelo Deputado Paulo Delgado de defesa do projeto aprovado no Senado durante o segundo turno de discussão na Câmara dos Deputados, caso o texto estivesse de acordo com o Movimento de Luta Antimanicomial.

Como forma de reforçar a necessidade de conciliação entre interesses, ressaltou ainda que haveria uma flexibilização do grupo favorável ao projeto original, de maneira a aceitar a continuidade dos hospitais psiquiátricos como uma das formas de atendimento no campo da psiquiatria:

*“Então houve uma certa coerência e, eu diria, uma grande disposição do Movimento pela Luta Antimanicomial e do Deputado Paulo Delgado em aceitar a continuidade dos hospitais psiquiátricos como estabelecimentos de saúde mental”* (Senado Federal, 1998b, p.18.940).

Finalizando a sua argumentação, o Senador reforçou a importância dessa modificação no texto e conclamou ao Plenário, e em especial ao Senador Lucídio Portella, para que fosse feita uma análise criteriosa desses dispositivos de maneira a perceber que a sua retirada não prejudicaria a tese da continuidade dos hospitais e permitiria uma maior agilidade e rapidez na sua tramitação e aprovação na Câmara dos Deputados<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> O Senador Lucídio Portella defendia a manutenção do acordo, e a não interferência do Deputado Paulo Delgado nas discussões no âmbito do Senado Federal. Essa posição do Senador Portella pode ser observada em duas colocações feitas na discussão em plenário: “declaro que não aceito, absolutamente, que pessoas como o Deputado Paulo Delgado queiram influir na redação de um projeto tão discutido aqui no Senado”; “Sr. Presidente, sugiro ao Deputado Paulo Delgado que se reserve para o retorno do projeto à Câmara dos Deputados para modificar na forma que lhes aprouverem” (Senado Federal, 1998b, p.18.942).

O Senador Lucídio Portella apresentou a sua aprovação ao texto consolidado, que refletiria “uma harmonia e um consenso, raros de se obter no debate de temas tão polêmicos e sobrecarregados de posições ideológicas como este”. Entretanto, procurou ressaltar alguns pontos do parecer do Senador Sebastião Rocha, dos quais ele afirmou discordar, rechaçando-os veementemente (Senado Federal, 1998b, p.18.941).

Os pontos apresentados pelo Senador são exemplares e permitem delimitar os grupos e argumentações que apoiavam as teses em torno da proposta de manutenção dos hospitais psiquiátricos, as quais o Senador defendeu em todo o debate legislativo no Senado.

O primeiro e o último ponto, identificados pelo Senador Lucídio Portella, apontam os três principais grupos que sustentaram a posição contrária ao projeto original:

*“1. as alusões depreciativas a **psiquiatras, prestadores de serviços hospitalares e familiares dos doentes mentais**, tidos, de forma injusta e até cruel, como agente causadores das mazelas do atendimento em saúde mental do País”* (Senado Federal, 1998b, p.18.941, grifo nosso).

*“8. enfim, a todas as posições ideológicas assumidas, com dados superficialmente trazidos e comentados, com ataques virulentos e despropositais feitos à honra e à dignidade dos **prestadores de serviços hospitalares, psiquiatras e familiares de doentes mentais**”* (Senado Federal, 1998b, p.18.942, grifo nosso).

Esses três grupos construíram articulações institucionais, estabeleceram estratégias de divulgação de suas idéias e, através de uma integração entre discursos e ações, buscaram fortalecer a proposição da necessidade de existência dos hospitais psiquiátricos, de maneira que se garantisse a manutenção dos seus interesses, e em certa medida, os poderes em jogo<sup>62</sup>.

O Senador Lucídio Portella resgatou as principais teses que afloraram a partir do ideário desses três grupos. Podemos dividir as afirmações do Senador em dois aspectos: um primeiro que buscava absolver o hospital do processo de segregação e exclusão a ele associado, e garantir o seu papel terapêutico e sua função especializada, desde que fossem respeitadas as inovações científicas e tecnológicas trazidas pelo campo da psiquiatria. Incluía ainda nessa perspectiva, a adequação do tratamento prestado na rede privada, e o seu não direcionamento pela ‘lógica do lucro’<sup>63</sup>.

<sup>62</sup> Este tema será debatido no capítulo seguinte.

<sup>63</sup> 2 – as confusões desairosas e propositais estabelecidas entre internações em hospital psiquiátrico e confinamento, termo rotineiramente usado para animais, ou entre hospital especializado de psiquiatria e

A argumentação em torno da eficiência terapêutica e da justificativa técnica para a internação garantia a manutenção tanto do controle da psiquiatria tradicional, quanto dos recursos públicos que mantinham a rede hospitalar privada.

Diretamente ligado a esses pontos, um segundo aspecto foi colocado: a família e sua relação com a doença mental. Os dois tópicos mantêm uma relação dialéctica, na qual a posição da família que explicita a dificuldade, ou mesmo impossibilidade de convívio com o doente mental, dá força e é reforçada pela necessidade de manutenção do hospital, e pela base científica que legitima o seu funcionamento<sup>64</sup>.

O objetivo de atender os anseios dos grupos familiares também fez parte dos discursos proferidos pelo Senador Gerson Camatta e pela Senadora Emilia Fernandes.

O Senador Gerson Camatta criticou a comparação feita no parecer do Senador Sebastião Rocha entre a doença mental e outras doenças crônicas e reforçou o maior grau de dificuldade vivenciada pela família do doente mental:

*“A doença mental pode se manifestar precocemente, e o doente pode viver até 60 anos. A família se extingue, e ele continua provocando problemas não só na família, mas na vizinhança. São aspectos diferentes. A família não tem aquela noção de um membro que se vai desprendendo e perdendo a chama da vida; ela tem um membro com a chama da vida intensa, acesa e queimando toda a família e toda a vizinhança. É bom observarmos isso.”* (Senado Federal, 1998b, p.18.942).

A Senadora Emilia Fernandes, ao justificar a proposição de duas emendas ao substitutivo do Senador Sebastião Rocha, reforçou a importância de levar em consideração o sofrimento pelo qual as famílias dos doentes mentais passariam. Para explicitar esse ponto de vista a Senadora leu um texto cuja autoria não foi declarada, porém expressava claramente o ideário de um determinado grupo de familiares que

---

asilos; 3 – as análises, no mínimo superficiais, feitas à assistência privada nos hospitais psiquiátricos, que não teriam os recursos que, de fato, possuem de ressocializar seus pacientes, mercê de serviços de psico e socioterapia, com a presença de número elevado de variados e dignos profissionais especializados que compõem as equipes multiprofissionais terapêuticas, regulamentadas pelas portarias do Ministério da Saúde; 4 – a informação científica e tecnicamente equivocada de que a internação psiquiátrica é desnecessária e pode ser abolida; (...) 6 – as afirmações desprovidas de senso que levam à confusão o ouvinte incauto, quando falam da institucionalização do doente, internação definitiva e segregação do convívio social; 7 – as assertivas que tentam desqualificar o hospital especializado de psiquiatria como instrumento terapêutico necessário e legítimo em algumas fases do curso de algumas doenças mentais, desqualificando também os profissionais que ali trabalham e até os psiquiatras que o administram ‘que ganhariam lucros marginais’” (Senado Federal, 1998b, p.18.941-942).

<sup>64</sup> “5 – a declaração descabida de que as famílias dos doentes mentais, de regra, abandonam seus membros enfermos com comparações descabidas cientificamente entre doenças tão dispares como parkinsonismo, síndrome de Down e psicoses” (Senado Federal, 1998b, p.18.941).

fortemente combateu a proposta original, associando-o a desassistência<sup>65</sup>. Finalizando seu discurso a Senadora afirmou: “Não podemos punir essas famílias como consequência dos desmandos que existem pela ausência de uma política de saúde mental em nosso País e que, agora, estamos tentando recuperar” (Senado Federal, 1998b, p.18.947).

Como podemos observar, no debate do projeto de lei no Senado foram preponderantes os discursos que reforçavam as teses vinculadas à manutenção do hospital psiquiátrico, sendo que apenas a fala do Senador Sebastião Rocha pode ser identificada como próxima ao ideário do grupo favorável à proposta original. O próprio Senador reconheceu que apesar de considerar que:

*“tenha praticamente aderido a essa tese da ‘desospitalização’ com responsabilidade, não estive na origem do processo, não posso me considerar integrante da corrente do Movimento pela Luta Antimanicomial”* (Senado Federal, 1998b, p.18.940).

Finalizada a discussão, foram colocados em votação dois requerimentos (628/98 e 629/98). O primeiro que pedia preferência para votação do substitutivo do Senador Sebastião Rocha (Emenda nº 9-Plen), sobre o substitutivo do Senador Lucídio Portella (Emenda nº1-CAS), e o segundo que solicitava destaque para votação em separado da expressão: “revogando-se as disposições em contrário”, constante do artigo 14 da Emenda nº 9-Plen, para adequação ao art.9º da Lei Complementar nº 95, de 1998<sup>66</sup>.

Ambos os requerimentos foram aprovados e a expressão “revogando-se as disposições em contrário” foi suprimida do projeto substitutivo.

Após aprovação do substitutivo do Senador Sebastião Rocha foram encaminhadas dez emendas pelo Plenário, duas da Senadora Emília Fernandes e oito do Senador José Eduardo Dutra.

As emendas do Senador José Eduardo Dutra, aliado do Deputado Paulo Delgado, buscavam um aprimoramento do substitutivo para reforçar o caráter substitutivo da rede de serviços e diminuir o peso da hospitalização na assistência.

---

<sup>65</sup> “Ser familiar de doente mental é uma experiência única que dificilmente pode ser compreendida por quem não a viveu. Toda a família se estrutura, se organiza, em função de seu doente. É ele quem vai estabelecer o grau de liberdade dos outros familiares. É a doença que vai determinar quem deve ficar com ele, que não pode ficar sozinho em casa; quem fica acordado, se ele não consegue dormir; quem o segura, se fica violento, ou acalma, para evitar escândalos e problemas com a vizinhança. Entre essas tarefas também está cuidar da higiene, acompanhá-lo ao médico, medicá-lo, alimentá-lo nas horas certas. São 24 horas de atenção. Sofre o doente. Sofre a família” (Senado Federal, 1998b, p.18.946). O texto foi encontrado na revisão bibliográfica realizada durante esse trabalho, e é de autoria de Zedyr Macedo, Presidente da AFDM (1996).

<sup>66</sup> “Art 8º A vigência da lei será indicada de forma expressa e de modo a contemplar prazo razoável para que dela se tenha amplo conhecimento, reservada a cláusula ‘entra em vigor na data de sua publicação’ para as leis de pequena repercussão” (Brasil, 1998).

Desta forma, o Senador apresentou propostas que foram reconhecidas como estratégias de resgate do espírito do projeto original pelos opositores históricos do projeto.

As emendas apresentavam tanto sugestões de mudança na redação, de modo a garantir mais clareza nas proposições, quanto traziam propostas de alteração efetiva no conteúdo da proposição.

Duas dessas emendas traziam propostas de modificação ao polêmico art. 5º do substitutivo aprovado. A Emenda nº 8, propunha a supressão do parágrafo 4º do art. 5º, que conforme já exposto, introduzia critérios para a alta dos pacientes de longo período de internação, e a participação do Ministério Público nesse processo, e a Emenda nº 9, trazia uma proposta de nova redação a este artigo, modificando o conteúdo dos parágrafos, a partir da supressão do §4º.

Uma terceira emenda, a de nº 7, propunha a regulamentação pelo Ministério da Saúde dos procedimentos para avaliação da rede de serviços em saúde mental, no prazo de sessenta dias da promulgação da lei. Esta emenda também levantou polêmicas na discussão em plenário.

A Senadora Emilia Fernandes, nas suas duas emendas, procurava reforçar a garantia de continuidade do modelo hospitalar. Na Emenda nº 5 era proposta uma modificação na redação do art.4º, o qual passava a permitir a construção de novos leitos psiquiátricos em regiões que estivessem em fase de implementação da nova estrutura assistencial e não apenas naquelas que não dispusessem dessa estrutura, como colocado no texto aprovado. A Emenda nº 4 propunha modificações no art. 3º, buscando fazer uma composição entre o que era proposto nos dois substitutivos, de forma a recuperar a descrição dos estabelecimentos de saúde mental presente no art. 3º, § 2º do Substitutivo Lucídio Portella, e suprimida no substitutivo aprovado, e, ainda, modificar a parte inicial do artigo.

As emendas foram remetidas para apreciação da CAS e analisadas pelo relator da matéria, Senador Sebastião Rocha, que emitiu parecer apresentado em Plenário em 12 de janeiro de 1999 (Senado Federal, 1999a). O parecer do Senador Rocha apreciou as proposições contidas nas emendas, buscando a consolidação do texto, de forma a garantir os acordos estabelecidos através de um processo de conciliação de forças<sup>67</sup>.

As emendas de nº 8 e 9, do Senador Eduardo Dutra, foram parcialmente aprovadas, sendo objeto de uma sub-emenda do relator, que incorporou a argumentação

---

<sup>67</sup> Favorável a Emenda nº 1; contrário às Emendas nº 5, 6 e 10; parcialmente favorável às Emendas nº 2, 3, 4, 7, 8 e 9 (Senado Federal, 1999a).

da necessidade de retirada do Ministério Público do processo de alta, e suprimiu dois dos cinco incisos, por considerá-los de natureza essencialmente subjetiva<sup>68</sup>.

O relator também foi parcialmente favorável à emenda nº 7, do mesmo Senador, apenas passando do Ministério da Saúde para o Poder Executivo o poder de regulamentação dos parâmetros assistenciais e procedimentos avaliativos da rede de saúde mental.

A emenda nº 5, da Senadora Emilia Fernandes, foi rejeitada e a de nº 4, parcialmente aprovada; entretanto, o relator não acatou a inclusão do parágrafo originário da proposta de substitutivo do Senador Lucídio Portella.

Embora o Senador Rocha tenha sempre buscado garantir a construção de um consenso possível entre as correntes divergentes em relação ao projeto, a sua análise das emendas não foi aceita pelo Senador Lucídio Portella que, em discussão para votação em Plenário, em 12 de janeiro de 1999, solicitou que o parecer não fosse aceito pois descaracterizaria o substitutivo aprovado, além de retomar o espírito do projeto original:

*“Infelizmente, o parecerista escolheu acatar emendas que desfiguram o substitutivo já aprovado em primeiro turno, atentando contra o seu mérito e buscando fazer ressurgir o espírito do projeto original, para isto envolvendo sutilezas técnicas difíceis de serem detectadas pelo legislador não afeito a matéria.”* (Senado Federal, 1999b, p.1447).

O Senador fazia referência às emendas do Senador José Eduardo Dutra, as quais procuravam garantir uma proposta na qual prevalecesse o sistema comunitário de atendimento e não o hospitalar, buscando reforçar o caráter de transição entre o sistema hospitalar e o sistema substitutivo, transição esta que deveria ser garantida por intermédio de ações do poder público. As emendas da Senadora Emilia Fernandes eram avaliadas como formas de aprimorar o texto, e claramente configuravam-se como uma tentativa de incorporação das teses apresentadas no substitutivo Senador Lucídio Portella, derrotado na votação em plenário.

Os pontos polêmicos que já haviam sido anunciados na discussão anterior em plenário, retornavam a cena com a inclusão do tema da periculosidade social da doença mental.

O Senador Lucídio Portella explicitou os pontos que considerava inaceitáveis no parecer do relator:

---

<sup>68</sup> Art. 5º § 4. II - sua saída não o leve ao abandono material ou afetivo; III - sua saída não o entregue, direta ou indiretamente, à exploração interesseira de terceiros;

*“É o caso da inclusão do parágrafo único ao art. 4º, que é metaforicamente, um cheque em branco assinado ao Poder Executivo<sup>69</sup>. Da mesma forma quanto ao § 4º, do art. 5º<sup>70</sup>, a supressão da participação do Ministério Público nos procedimentos de desospitalização elimina a única salvaguarda social e real sentinela dos direitos civis dos pacientes crônicos, que correrão o risco de serem simplesmente despejados na rua, engrossando as fileiras dos homeless, dos sem-tetos, dos mendigos que já examineiam, hoje, as nossas metrópoles, ou, o que é pior, aumentando as estatísticas dos crimes absurdos e sem motivo que, inclusive, há poucos dias, os jornais estamparam em dois tristes exemplos, um em Nova Iorque e outro no Rio de Janeiro. Na Inglaterra, que hoje reflui dessa política temerária, houve 150 crimes de morte de tal espécie, nos últimos anos.”* (Senado Federal, 1999b, p.1447).

A conciliação entre as propostas parecia estar longe de ser alcançada. O Senador Lucídio Portella finalizou o seu discurso solicitando a rejeição do parecer, a aprovação da Emenda nº 4, da Senadora Emília Fernandes que re-introduz parte do seu substitutivo (art.3º, §2), e rejeição das demais emendas.

O Senador Sebastião Rocha reforçou, mais uma vez, os seus esforços para construir um acordo entre as correntes divergentes na discussão. Relatou o processo de entendimento ocorrido na análise das emendas propostas em plenário, no qual buscou incluir as duas correntes no processo de discussão, e assim construir uma proposta que acatasse, parcialmente, os argumentos apresentados. Entretanto, o Senador considerou que o acordo havia sido rompido, não por sua responsabilidade, mas porque as duas correntes não haviam conseguido chegar a um ponto comum, e concluiu colocando-se a disposição para prosseguir na busca do entendimento:

*“Devemos pensar aqui no melhor para o Brasil; e o melhor para o Brasil, a meu ver, é exatamente um sistema híbrido, um sistema combinado em que o modelo hospitalar esteja presente, mas não seja o*

---

<sup>69</sup> “Parágrafo único: Os procedimentos a serem adotados para a avaliação da rede de serviços em saúde mental, inclusive os parâmetros assistenciais, para o cumprimento do disposto no caput deste artigo, serão objeto de regulamentação pelo Poder Executivo, a ser expedida no prazo de 60 (sessenta) dias após a promulgação desta lei.” (Senado Federal, 1999a, p.1404).

<sup>70</sup> “§ 4º. 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, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente, respeitadas as seguintes condições: I – sua saída não lhe venha acarretar interrupção do tratamento necessário e agravamento dos sintomas; II – sua saída obedeça à legislação vigente relacionada a cada caso; III – sua reabilitação psicossocial seja assistida por equipe multiprofissional” (Senado Federal, 1999a, p.1404-1405).

*ponto fundamental do sistema; que a busca seja sempre pela implantação, pela implementação e pela utilização desses modelos substitutivos, que, no entendimento deste Relator, são necessários e mais adequados para a recuperação plena da pessoa portadora de transtornos psíquicos e sua reinserção na sociedade.”* (Senado Federal, 1999b, p.1450).

Frente ao impasse, as lideranças enviaram requerimento (nº 12/99) à Mesa para adiamento da votação do projeto para que fossem “feitas diligências”. Submetido a votação do plenário, o requerimento foi aceito e a votação adiada para o dia 21 de janeiro. Nesta data, o relator, Senador Rocha, apresentou um adendo ao parecer (Senado Federal, 1999c), no qual registrou o esforço de conjunto de:

*“todos os atores interessados no assunto, em especial o Deputado Paulo Delgado, autor do projeto, o Senador Lucídio Portella, relator da matéria na CAS, o Ministério da Saúde, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e a Federação Brasileira de Hospitais, estes últimos por meio de legítimos representantes que despojaram-se de posições, até determinado momento, intransigentes, para em favor de uma lei equilibrada assentada não na unanimidade dos protagonistas mas sim no sentido elevado quanto a necessidade do entendimento e no reconhecimento de que o texto resultante desse parecer representa a necessária fase de transição para que o Brasil conquiste no menos espaço de tempo um nível de tratamento mais adequado, e sobretudo mais humanitário para as pessoas portadoras de transtornos psíquicos.”* (Senado Federal, 1999c, p.1959).

O relator incluiu no adendo a aprovação parcial da emenda nº 8, do Senador José Eduardo Dutra, transformando o parágrafo 4º, do art. 5º, em artigo autônomo, mantendo assim o papel do Poder Executivo na elaboração de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

A Emenda nº 7 foi rejeitada por ter prevalecido o entendimento que a lei merecerá regulamentação em diversos dispositivos. Sendo assim, a especificação da necessidade de regulamentação pelo Ministério da Saúde dos critérios de avaliação da rede de serviços em saúde mental seria dispensável no escopo da lei.

Foram ainda incluídas três emendas do relator: A emenda nº 12, que modificava o art. 9º, passando a incluir a comunicação da alta ao Ministério Público Estadual no



caso das internações involuntárias. A emenda nº 13, que alterava o texto da alínea i, do parágrafo único do art. 2º, substituindo a frase “ser tratada, preferencialmente, em *estabelecimentos de saúde mental da sua comunidade*”, pela “ser tratada, preferencialmente, em *serviços comunitários de saúde mental*”. Neste momento foi feita uma mudança significativa no texto, pois o termo “serviços de saúde mental da sua comunidade”, diz respeito apenas à localização do serviço e não à sua caracterização como comunitário, ou extra-hospitalar, como estava colocado na proposta da lei. E, a última emenda do relator, nº 14, propunha uma modificação no art. 12, incluindo os diversos conselhos profissionais, na avaliação das pesquisas científicas, e não apenas o conselho da medicina.

Foi o espírito de conciliação evocado pela apresentação inicial do relator da matéria, Senador Sebastião Rocha, que marcou os encaminhamentos para votação feitos na discussão em plenário. As posições divergentes foram explicitadas, porém a conciliação alcançada era valorizada em cada discurso.

O Senador Lucídio Portella fez um retrospecto da sua participação no debate do projeto, ressaltando as dificuldades inerentes a um tema tão complexo, e que movimentava atores com posições divergentes:

*“De um lado, aguerrido movimento que se intitulava antimanicomial, de composição heterogênea quanto à origem e formação profissional dos seus membros, mas comungando uníssonos os princípios da antipsiquiatria. De outro lado, psiquiatras e professores de psiquiatria, reforçados por familiares de doentes mentais e diretores de hospitais psiquiátricos ameaçados ‘pela pretendida extinção progressiva’.”*  
(Senado Federal, 1999d, p.1963).

Para o Senador, a construção do acordo necessário não teria satisfeito nenhum dos grupos envolvidos, porém no exercício do entendimento e do diálogo conseguiram construir um texto que viesse a constituir um documento relevante, “judicioso e sensato, resultado de laborioso acordo entre os segmentos envolvidos” (Senado Federal, 1999d, p.1964).

O Senador Sebastião Rocha, encaminhando a votação, elogiou o esforço de conciliação entre as partes, e concluiu “que o Brasil precisa de um modelo de transição, e é justamente esse modelo que o Senado está oferecendo” (Senado Federal, 1999d, p.1965). Finalizou a sua exposição fazendo a leitura de uma nota do Ministério da Saúde, manifestando concordância com o substitutivo em discussão:

*“O texto consolidado, relativo à questão da saúde mental, apresentado pelo Relator Senador Sebastião Rocha, ao plenário do Senado Federal, suscita incontestemente manifestação de concordância do Ministério da Saúde, pelas seguintes razões: 1. O texto trata de maneira acertada uma questão assistencial e social de altíssima relevância, legislada apenas na década de 30, e, portanto, representa um real avanço na legislação sobre a matéria. 2. Há que se consignar a grandeza do processo de construção deste substitutivo que é fruto de vasta e profunda discussão dos setores envolvidos na questão, traduzindo um entendimento maduro sobre a matéria, sob a condução do Relator, Senador Sebastião Rocha, a partir do projeto original do Deputado Paulo Delgado e do substitutivo do Senador Lucídio Portella. 3. Este resultado expressa o verdadeiro esforço e empenho do Senado Federal na busca da conciliação e entendimento entre os distintos setores sociais envolvidos, alcançando um texto compatível com a realidade atual e a necessidade de avançar na melhoria da assistência e no reconhecimento da cidadania dos portadores de transtornos mentais, apontando para um futuro mais condigno com os desígnios de uma nação civilizada. Ministério da Saúde, 22/1/99”* (Senado Federal, 1999d, p.1965).

A nova redação dada pelo Senado Federal ao projeto foi encaminhada para apreciação da Câmara dos Deputados (Ver Anexo VIII), tendo em vista a modificação do texto originalmente nela apresentado.

### 6.5. O retorno à Câmara dos Deputados: Discussão e votação em segundo turno (1999-2001)

O projeto de lei, agora sob a forma do substitutivo do Senado Federal, foi encaminhado à Câmara dos Deputados no final de janeiro de 1999 e só foi colocado para discussão em plenário no mês de março de 2001.

Inicialmente foi encaminhado às duas comissões que haviam analisado e aprovado o texto original: à Comissão de Constituição, Justiça e de Redação (CCJR), tendo o Deputado Fernando Coruja (PDT/SC) como relator; e à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), com o Deputado Carlos Mosconi, que aprovou o texto original em 1990, sendo relator pela segunda vez da matéria.

O projeto foi colocado na “Ordem do Dia”, da sessão de 21 de março de 2001, porém, devido à inexistência de um entendimento para encaminhamento da discussão e votação do projeto original e do substitutivo aprovado no Senado Federal, foi requerido adiamento da apreciação em plenário para a semana seguinte, procurando aumentar as possibilidades de concretização de um acordo (Câmara dos Deputados, 2001a).

Retornou à discussão na sessão do dia 27 de março de 2001, sendo amplamente debatido. Os primeiros pontos em debate foram os pareceres das comissões encarregadas de analisar o substitutivo do Senado. A CCJR emitiu parecer em que considerava que o projeto era constitucional, jurídico e com boa técnica legislativa (Câmara dos Deputados, 2001b). Entretanto, o relator Carlos Mosconi da CSSF justificou o seu voto pela rejeição do substitutivo do Senado, porque rompia com o ideário do projeto original:

*“Com surpresa, recebi, na Comissão de Seguridade Social e Família, um texto que, na minha opinião, nada tinha a ver com o projeto original, do Deputado Paulo Delgado, que adotava uma linha de modernização da atenção psiquiátrica, da política de saúde mental no País, que, até aquele momento, não tinha avançado quase nada.”*  
(Câmara dos Deputados, 2001c, p.7775).

O relator registrou a realização na CSSF de audiência pública para debater o texto aprovado no Senado. Segundo ele, o acordo não tinha o alcance divulgado: “observei que se tratava de acordo apenas entre algumas partes, e não de acordo amplo e abrangente” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7776).

Ainda como justificação do seu ponto de vista contrário ao substitutivo do Senado, o Deputado Carlos Mosconi apontou a existência de legislações estaduais,

inspiradas no projeto original da Câmara, que seriam mais avançadas, atualizadas, modernas e eficientes do que a em discussão. Para ele: “seria um retrocesso aprovarmos lei, no meu entendimento, desatualizada em relação a Estados que já caminharam mais do que esta Casa” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7776).

A criação de Leis Estaduais de Reforma Psiquiátrica, como vimos, marcou o início da década de 90, fase em que o projeto de lei estava em discussão no Senado Federal, entretanto, não houve registros da sua discussão em plenário, sendo somente evidenciadas no segundo turno de discussão na Câmara dos Deputados.

Apesar do parecer contrário da CSSF, o substitutivo foi colocado em discussão e em votação, tendo em vista acordo firmado para apreciação do substitutivo no Plenário da Câmara.

O próprio autor do projeto, Deputado Paulo Delgado, afirmou a importância de analisar o substitutivo tendo em vista o seu comprometimento com o Senado Federal, na época dos entendimentos que possibilitaram o acordo que garantiu a votação e aprovação do texto. Para ele, o substitutivo do Senado teria avançado em alguns aspectos e regredido em outros, mas reconheceu o esforço de diversos atores no processo de elaboração e discussão do projeto:

*“Tanto no projeto original, fruto do esforço do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, de familiares, de usuários, de profissionais da área e da sociedade que quer ver o louco integrado na vida social, como o substitutivo do Senado são produtos de grande esforço. Se há deficiências – e certamente as há – não são as que se podem atribuir a má-fé daqueles que elaboraram o substitutivo, e sim as decorrentes de dificuldades próprias de projeto dessa natureza”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7778).

Em seu discurso de defesa da aprovação do substitutivo do Senado Federal, o Deputado Paulo Delgado analisou a questão do preconceito, ressaltando a noção de periculosidade e de incapacidade civil permanente, geralmente associadas ao doente mental. E apontou os beneficiários da manutenção de uma estrutura baseada no preconceito:

*“A indústria da loucura percebeu a insuficiente maturidade da sociedade para compreender o grau de humanidade que precisávamos fazer crescer para incorporar mais cidadãos ao convívio social e passou a lucrar com o preconceito (...) a evolução da Medicina, da Psiquiatria, da Psicologia, da terapia ocupacional e da assistência*

*social tem provado que tratar doente mental com isolamento, encarceramento, sedação permanente e preconceito é a melhor forma de matá-lo em vida e não permitir, jamais, a sua recuperação.”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7778).

O substitutivo do Senado Federal foi colocado em votação e aprovado, sendo objeto de vários destaques que visavam suprimir determinados itens do texto final. Centravam-se basicamente em dois pontos<sup>71</sup>: um, que pretendia garantir a manutenção do ideário inicial do projeto, ou seja, a extinção dos hospitais psiquiátricos, transformada agora, na proibição da ampliação da rede existente; e outro, que dizia respeito à criação de uma instância revisora das internações involuntárias: questionava-se tanto a necessidade de sua existência, quanto a forma em que deveria atuar, se seria uma maneira de avaliação da atuação médica, ou uma estratégia de garantia de direitos. A proposta de supressão do art. 4º era representante do primeiro grupo<sup>72</sup>, e a discussão do art. 10, do segundo<sup>73</sup>. A supressão foi acordada antes da sua discussão em plenário, tendo em vista que a sua manutenção era entendida como uma forma de retirar a idéia original do projeto aprovado na Câmara. Neste sentido, a Deputada Jandira Feghali (PCdoB/RJ) afirmou que não seria momento de:

*“fazer grandes modificações no texto, exceto o que foi objeto de acordo, a supressão do art. 4º, porque contraria o objeto essencial do projeto, que é evitar a construção de novos manicômios e garantir o atendimento humano e antimanicomial do paciente com transtorno mental.”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7788).

O Deputado Paulo Delgado defendeu a supressão do art. 4º, que manteria a estrutura manicomial, que se buscava superar. O artigo era encarado como uma forma de perpetuar os investimentos públicos nas construções de hospitais psiquiátricos.

---

<sup>71</sup> Havia ainda um terceiro ponto que também foi objeto de destaque, o qual propunha a supressão do artigo 5º do substitutivo, que se relacionava a internação psiquiátrica. Entretanto, visando garantir os entendimentos firmados em torno do art. 4º, o pedido de destaque foi retirado.

<sup>72</sup> “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.”

<sup>73</sup> “Art. 10. 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.

§1º. O Ministério Público, ex officio, 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.

§2º. O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação por escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

O artigo em discussão entrou em cena no substitutivo do Senador Sebastião Rocha. Conforme discutido na seção anterior deste capítulo, tinha sido objeto de emendas e intensa discussão no Plenário do Senado Federal.

Apesar do acordo de supressão do art. 4º ter sido explicitado por diversos deputados, ainda existiam divergências quanto à necessidade de construção de novos hospitais psiquiátricos onde fosse necessário. A fala do Deputado Damião Feliciano (PMDB/PB) pode ser exemplar dessa proposta:

*“Querem tirar a possibilidade da construção de nosocômios em cidades onde não existem esse atendimento. E os pacientes que precisam de internação? E os pacientes que precisam de contenção? Onde vamos colocá-los? Em casa? Em hospitais normais? Vamos colocar esses pacientes em enfermarias inadequadas? Não, é preciso levar em consideração a necessidade da comunidade. (...) O que não se pode é deixar de construir hospitais nos locais que deles necessitam (...) Se há alteração no tratamento psiquiátrico, vamos aumentar a fiscalização. (...) Apenas quem é psiquiatra ou possui paciente na família com esse tipo de distúrbio sabe que, quando os problemas chegam, são necessárias soluções imediatas, precisas e ideais. Não podemos simplesmente, transferir um problema para outro.”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7782).

A tese da extinção dos hospitais também entrou em cena, sempre ligada ao argumento de perda de garantia de atendimento, e a impossibilidade de estabelecer estruturas assistenciais que de fato substituíssem o modelo hospitalar.

O Deputado Salomão Gurgel (PPS/RN) retoma o próprio gesto fundador da psiquiatria:

*“Não podemos partir da concepção, principalmente nós, que formamos o bloco da Esquerda, de que devemos extinguir, ao longo dos anos, os hospitais psiquiátricos. Nem mesmo Pinel, quando tirou as correntes dos pacientes mentais na França após Revolução Francesa, sugeriu o fim dos manicômios, que, naquele tempo, eram verdadeiros infernos psiquiátricos”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7783).

O mesmo deputado retomou também o argumento que justificava o atendimento inadequado nos hospitais psiquiátricos, através de um mau uso da estratégia criada pela psiquiatria para tratar e curar os doentes mentais através do isolamento:

*“Na época da ditadura, nobres Deputados, empresários da saúde construíram verdadeiros depósitos de pacientes mentais. Não os vamos confundir com o verdadeiro hospital, que tem a finalidade de curar, recuperar e retornar à sociedade o paciente mental”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7783).

Foi salientado, na justificação do requerimento de destaque para supressão do art. 5º, feito pela Bancada do PT, que os hospitais psiquiátricos não teriam demonstrado disposição de transformar a forma de atendimento durante os últimos anos, o que reforçaria a necessidade de mecanismos que garantissem a diminuição dessa forma de atendimento:

*“Esse projeto tramita há mais de 11 anos no Congresso Nacional e, durante este tempo, os hospitais psiquiátricos não conseguiram provar que são ‘suficientes’ e capazes de modificar o modelo de atenção, desumano e excludente em vigor, como ficou demonstrado durante a Primeira Caravana Nacional de Direitos Humanos”.* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7785).

Este argumento contrapunha-se claramente à afirmação que isentava de implicação os hospitais psiquiátricos na configuração do quadro assistencial brasileiro.

A Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados iniciou o projeto de *Caravanas Nacionais de Direitos Humanos*, com o objetivo de superar a distância que separa os governantes daqueles que são afetados por suas decisões: “Estar presente nos locais onde as violações mais comuns aos direitos humanos são praticadas é um desafio permanente para aqueles que se dispõem a mudar a realidade brasileira” (Câmara dos Deputados, 2000).

No ano de 2000 realizou-se a *I Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade brasileira*, que reforçou a proximidade dos parlamentares da Câmara dos Deputados com as questões de direitos humanos no campo da saúde mental.

O resultado dessa *Caravana* possibilitou que, em vários momentos, fosse possível salientar o papel dos hospitais psiquiátricos enquanto coniventes com o desrespeito desses direitos, tal qual como era colocado no âmbito do movimento social da saúde mental.

Na introdução do relatório desta Caravana constata-se o forte impacto que os parlamentares sofreram com as visitas realizadas a clínicas e hospitais psiquiátricos de sete estados brasileiros<sup>74</sup>:

*“O relatório, não obstante, apresenta uma situação que está a indicar a permanência de um modelo anacrônico de atenção à saúde mental no Brasil e, portanto, indica a necessidade de mudanças urgentes. Este relatório é, também, uma resultante de uma tomada de posição em favor daqueles seres humanos com os quais nos avistamos ao longo de 12 dias e que permanecem esquecidos e abandonados atrás dos muros e das grades dos manicômios brasileiros. Muitos de nós, que participaram dessa Caravana, não esqueceremos seus olhares, suas súplicas, seus sorrisos, suas desarrazoadas esperanças, suas sínteses surpreendentes”* (Câmara dos Deputados, 2000, p.1).

O relatório foi finalizado com uma série de recomendações ao Poder Público, representado pelo Ministério da Saúde, para modificação da realidade encontrada. Entre essas recomendações incluía-se a necessidade de apoio do Ministério da Saúde para a aprovação do projeto de lei em tramitação: “Que o Ministério da Saúde se posicione publicamente em favor da reforma psiquiátrica brasileira emprestando seu apoio a todas a tratativas políticas necessárias para a aprovação da LEI DE REFORMA PSQUIÁTRICA ainda este ano.” (Câmara dos Deputados, 2000, p.21).

A aproximação dos parlamentares com o cotidiano dos hospitais psiquiátricos brasileiros teve um efeito facilitador para a discussão da proposta de enfrentamento da hospitalização psiquiátrica contida na discussão do projeto de lei. Os resultados da *I Caravana* apareceram na fala de diversos oradores, reforçando a importância de transformação da realidade brasileira, de maneira a construir uma proposta claramente comprometida com a garantia de direitos humanos para os doentes mentais. O Deputado Dr. Rosinha, autor da Lei Paranaense de Reforma Psiquiátrica, explicitou ao plenário o impacto que teve ao participar dessa iniciativa:

*“Felizmente, fiz parte dessa caravana e observei o verdadeiro tratamento dado a pessoas consideradas fora da ordem desde a Idade Média. Encontramos homens e mulheres sem roupas, caminhando dentro dos hospitais. A tristeza não só estava no olhar, mas também nos gestos, com o pedido de esperança de sair dali e ter outra chance*

---

<sup>74</sup> Goiás, Amazonas, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo.



*na vida. Esse tipo de tratamento asilar é inconcebível.”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7788-89).

Após discussão, a manutenção do art. 4º foi votada, e rejeitada, sendo assim o artigo foi suprimido do texto do substitutivo.

O segundo ponto de discussão foi a participação do Ministério Público na revisão das internações involuntárias. Eram debatidas a constitucionalidade da definição das atribuições do Ministério Público no processo de revisão das internações involuntárias (art. 10, §1º), e a possibilidade de estabelecimento de uma instância não médica para avaliação de um procedimento exclusivamente médico, o que de certa forma, era entendido como uma forma de criminalização do ato médico.

A fala do Deputado Regis Cavalcante (PPS/AL) ilustrou esse segundo tópico:

*“iremos verificar que estamos fazendo uma criminalização ao ato médico do psiquiatra. (...) Na Medicina, há decisões que cabem somente aos médicos. (...) Não é o Ministério Público que vai dizer o que o psiquiatra naquele momento tem que julgar e definir”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7794).

Esta forma de entendimento da instância revisora deixava em segundo plano a proposta básica contida no artigo, isto é, uma estratégia de garantia de direitos aos cidadãos.

Entretanto, a preocupação com a manutenção da exclusividade da avaliação médica no procedimento de internação era defendida por outros parlamentares, como por exemplo, o Deputado Salomão Gurgel (PPS/RN) que afirmou:

*“Sr. Presidente, Senhoras e Senhores Deputados, é difícil juristas entenderem com profundidade o tratamento psiquiátrico, o relacionamento psiquiatra/paciente. Quem cuida do cérebro humano é o médico psiquiatra. Sr. Presidente, sugiro à Casa que o parágrafo que trata do Ministério Público seja retirado, porque nós, psiquiatras, somos, constantemente, fiscalizados pelas associações de Psiquiatria e pelos Conselhos Regionais de Medicina. Então, por que o Ministério Público, como se os psiquiatras fossem verdadeiros assassinos de pacientes nos hospitais?”*(Câmara dos Deputados, 2001c, p.7783).

Entretanto, esse não era a única abordagem do tema. A Deputada Jandira Feghali (PCdoB/RJ), médica, posicionou-se de forma divergente:

*“É um absurdo retirar-se do cidadão a possibilidade de recorrer contra uma internação arbitrária, involuntária. Não há aqui*

*competência médica sendo ferida. Não chegou a nós, Parlamentares, posicionamento formal de nenhuma entidade médica. Ninguém está pretendendo criminalizar a conduta médica, mas proteger o direito do cidadão num segmento muito conflituoso, que é o de internação psiquiátrica.”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7795).

Reforçando a garantia de direitos inerente ao estabelecimento da instância revisora, o Deputado Marcos Rolim (PT/RS), autor da Lei de Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul, ressaltou a importância do projeto na medida em que ele introduz a garantia constitucional que impede a restrição de liberdade, sem o devido processo legal, para os doentes mentais. A lei em votação permitiria a criação de um procedimento definido e regado juridicamente para os casos de internação compulsória e involuntária. Relatou ainda a experiência do seu Estado na aplicação da lei estadual, que completava dez anos de vigência:

*“Verificamos, ao longo desses dez anos, quando não se construíram hospitais psiquiátricos no Rio Grande do Sul e não se ampliou a capacidade de leitos, uma diminuição de 30% nas internações psiquiátricas compulsórias. Há um motivo muito simples: a lei gaúcha estabelece a obrigatoriedade de informação ao Ministério Público de toda internação não consentida. Apenas essa determinação, evidentemente somada à criação de serviços alternativos, abertos em vários Municípios do Estado, foi suficiente para que muitas das internações abusivas, até então uma regra, deixassem de existir.”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7780).

Desta forma, o Deputado reforçou a importância da existência de um documento legal que garantisse a possibilidade de revisão das internações sem o consentimento do paciente, e que encarregada desse processo fosse uma instância implicada com a defesa da garantia dos direitos, como é função do Ministério Público.

Afirmou ainda:

*“precisamos garantir que na lei não abrigue a ditadura do saber técnico sobre a liberdade ou não de alguém. É fundamental, portanto, mantermos esse parágrafo que possibilita o Ministério Público criar uma junta revisora composta de profissionais de saúde mental, um dos quais, pelo menos, médico, preferencialmente médico-psiquiatra”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7794).

Introduz-se, assim, o segundo ponto de debate. Grande parte da discussão em relação ao Ministério Público estava na possibilidade ou não de definição, no escopo da lei, da forma como seria realizado este procedimento de revisão das internações involuntárias, definido no § 1º, do artigo em debate. O pedido de supressão do artigo 10º foi submetido à votação e rejeitado. Com isso foi colocado em discussão o requerimento de destaque para votação em separado do §1º, do mesmo artigo.

Este parágrafo era entendido, pelo Deputado Fernando Coruja, relator da CCJR, como uma inconstitucionalidade, por dar atribuições ao Ministério Público que, segundo a Constituição Federal, seriam de iniciativa exclusiva do Poder Executivo, através de Leis Complementares. O Deputado ressaltou que a emissão de seu parecer favorável foi influenciada pela existência de um acordo para suprimir o art. 10, e pelo fato de que o Deputado Carlos Mosconi faria modificações no projeto, o que não ocorreu. Reforçando o argumento de inconstitucionalidade do referido artigo, o Deputado Dr. Rafael Guerra (PSDB/MG) afirmou: “mantemos o comunicado ao Ministério Público no prazo de 72 horas, mas achamos que não faz sentido determinar que ações o Ministério Público deve tomar, pois dessa forma o projeto tornar-se-ia inconstitucional” (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7801).

A importância de definir uma avaliação médica, na esfera do Ministério Público é outro ponto salientado na discussão. Desta forma, embora a instância não fosse essencialmente médica, a avaliação se manteria neste âmbito. Nesse sentido, o Deputado Paulo Baltazar (PSB/RJ) afirma que o artigo, na verdade, garantiria a cidadania e que a decisão da internação seria, com a aprovação do parágrafo, avaliada por pares:

*“Ora, devemos defender a cidadania. Não se trata de nenhuma invasão da competência médica, absolutamente, mas, sim, de assegurar ao cidadão o seu direito (...) Temos que garantir, em lei, o direito de o cidadão, a parte mais frágil, aquele que é internado involuntariamente, ser defendido. Não é o Ministério Público quem decide se a internação está ou não correta, mas uma equipe multidisciplinar, que pode e deve ser composta por vários médicos”*  
(Câmara dos Deputados, 2001c, p.7798).

O Deputado Dr. Rosinha tentando esclarecer algumas argumentações que considerava equivocadas, demonstrou preocupação com a possibilidade de pouca agilidade na definição da forma de funcionamento da instância revisora, e afirmou:

*“O §1º do art. 10º não diz absolutamente nada a respeito de o Ministério Público dar laudos técnicos de internamento. Ele é simplesmente uma garantia para o cidadão que involuntariamente foi internado. Não basta o caput do artigo determinar que a instituição, no prazo de 72 horas, comunicará ao Ministério Público o internamento; é preciso ressaltar o que o Ministério Público fará, para que os processos não fiquem eternamente engavetados. (...) O que queremos é dar voz e vez ao cidadão excluído da sociedade não por problemas mentais, e sim, muitas vezes, por causa de uma disputa por herança. Sabemos o quanto isso ocorre. O defensor dos seus direitos será o Ministério Público.”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7800).

A votação da manutenção ou supressão do § 1º foi inicialmente encaminhada através do posicionamento dos líderes partidários<sup>75</sup>, e depois para consulta ao plenário (a presidência confirma visualmente o posicionamento dos deputados às proposições em votação). Porém, o Deputado Professor Luizinho (PT/SP) solicitou verificação de votação, o que provocou a necessidade de votação nominal desse ponto por intermédio do sistema eletrônico.

Votaram 385 deputados, sendo que 298 votaram em contrário à manutenção do parágrafo e 87 favoravelmente. Desta forma, o §1º, do art. 4º do substitutivo do Senado foi suprimido.

Foram acrescentadas duas emendas de redação ao substitutivo que, submetidas ao plenário, foram aprovadas. A primeira solicitava a substituição das expressões “transtornos psíquicos” e “transtornos psiquiátricos”, por “transtornos mentais”, que obedeceria à terminologia aceita internacionalmente. A segunda propunha uma modificação na ordem dos artigos e incisos: O caput do art. 10 passa a vigorar como § 1 do artigo 9º, e o § 2º do art. 10 passa a vigorar como §2 do art. 9º, renumerando os demais (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7818).

Depois de finalizada a votação, o projeto de lei foi encaminhado à sanção presidencial, tornando-se a Lei 10216, de 6 de abril de 2001, assinada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, na véspera do Dia Mundial de Saúde, que nesse ano, foi dedicado a Saúde Mental<sup>76</sup>.

Para finalizar, é importante destacar que embora o texto tivesse sido aprovado na Câmara dos Deputados, em vários momentos da discussão nesta Casa foi salientado que

---

<sup>75</sup> Orientação das lideranças: Não: PSDB/PTB; PFL/PST; PMDB; PPB; PDT/PPS; e, Governo. Sim: PT; PSB/PCdoB; e, PL/PSL (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7808).

<sup>76</sup> Cf. Anexos IX e X.

texto não expressaria a real necessidade do país; que embora trouxesse importantes avanços, ele poderia ter alcançado uma amplitude maior, o que não foi possível devido às características que marcavam o momento histórico em que o projeto tramitou no Congresso Nacional.

O Deputado Rafael Guerra (PSDB/MG) explicitou esse ponto:

*“Haveria possibilidade de que o projeto fosse mais avançado, mais radical, mas temos que compreender a realidade da história, a realidade do momento. Esse foi o acordo possível, para que pudéssemos avançar. De uma vez por todas, manifestamos nossa posição contrária à construção de manicômios, e à exclusão social do paciente psiquiátrico”* (Câmara dos Deputados, 2001c, p.7790).

Entretanto, foi reconhecido também que, embora não houvesse sido ainda aprovada, a lei já havia provocado transformações na sociedade, seja na maior implicação do Ministério da Saúde no processo de reorientação do modelo assistencial, seja pela aprovação em diversos estados de leis estaduais inspiradas na proposta original apresentada à Câmara em 1989.

## Capítulo 7

### O debate entre atores e grupos de interesses: cidadania, ciência e hospital psiquiátrico

O longo percurso do debate no Congresso Nacional mobilizou diferentes grupos e atores, os quais demonstraram posicionamentos diferentes em defesa dos seus argumentos frente às questões propostas pelo Projeto de Lei 3657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado. Identificamos dois grupos de argumentos que se mantiveram em posição antagônica, mobilizando opiniões, em muitos momentos, com discursos e posicionamentos acalorados.

Uma primeira frente, representada pelo movimento social em saúde mental, denominado *Movimento Nacional de Luta Antimanicomial*, se posicionava favorável à idéia original e foi reconhecido como signatário do projeto apresentado à Câmara dos Deputados em 1989.

Uma segunda frente aglutinava três grupos distintos, porém complementares: os proprietários dos hospitais psiquiátricos, através da *Federação Brasileira de Hospitais (FBH)*; a *Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM)* e psiquiatras ligados as universidades, representando a “psiquiatria científica-acadêmica”. Com exceção dos proprietários dos hospitais psiquiátricos, os demais não abrangiam a totalidade dos membros desses segmentos. Tanto os familiares quanto os psiquiatras vinculados às universidades se dividiam entre os grupos opositores e favoráveis ao projeto, sendo que estes últimos integravam o próprio movimento em saúde mental. Cabe ressaltar que os segmentos de usuários e familiares foram os que tiveram maior crescimento no interior do movimento social, na década de debates no Legislativo.

Neste capítulo apresentaremos o ideário desses grupos em relação ao projeto de lei, de maneira a ilustrar as posições que se perfilaram no debate legislativo.

### **7.1. O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial: a luta pela cidadania, democracia e garantia de direitos**

A principal argumentação do movimento social em saúde mental baseava-se na criação de mecanismos para garantir os direitos e cidadania dos doentes mentais, ou utilizando o termo mais comum no ideário do movimento social, dos loucos. O movimento social organizado em torno da luta antimanicomial tem a discussão da questão legislativa como um dos pontos privilegiados, o que pode ser facilmente observado em todos os relatórios dos Encontros Nacionais da Luta Antimanicomial realizados no período de debate no Congresso Nacional.

O I Encontro Nacional foi realizado em conjunto com a I Feira Nacional de Experiências e Produções Antimanicomiais no ano de 1993, na cidade de Salvador. Neste encontro foi redigida a “Carta de Piatã” na qual se afirmava a importância da questão legal no âmbito da luta antimanicomial. Nesta carta a luta antimanicomial assumia o papel de proponente do projeto de lei e aponta sua relação com a elaboração das leis estaduais antimanicomiais:

*“A partir da nossa iniciativa de proposição de um projeto de Lei Federal assinado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), produzimos um vigoroso movimento legislativo que conta hoje com 3 leis estaduais já aprovadas (RS-CE-DE) e 7 projetos em tramitação (RJ-SP-MG-SC-RN-PE-PR), e um projeto de lei municipal (RG-RN).”* (MNLA, 1997a, p.84).

Um dos temas de discussão desse I Encontro foi *Legislações Psiquiátricas: a (re)construção dos direitos pela via legal*. No Relatório final do Encontro apontava-se para a utilização do encaminhamento de leis como um instrumento de luta: “Esta iniciativa deverá ser sempre expressão da luta concreta do movimento em cada Estado, deverá estar combinada a uma estratégia definida pelo movimento em seu conjunto.” (MNLA, 1997a, p.97). Desta forma estava expressa claramente a utilização do recurso de apresentação e tramitação de leis em saúde mental como instrumento articulado para transformação no campo da saúde mental, tendo como linha mestra as bases fundamentais da luta antimanicomial.

Um outro ponto importante abordado no relatório deste I Encontro foi a diferenciação entre legislação psiquiátrica e portarias ministeriais. A legislação estaria relacionada à reformulação da própria política de saúde mental no país e em cada

Estado; já as portarias do Ministério da Saúde seriam atos normativos de caráter administrativo decorrentes da lei, com alcance limitado. (p.98). Essa diferenciação era importante para reforçar um ponto chave para o movimento antimanicomial, que era a transformação da forma de a sociedade lidar com a loucura e não meramente uma reformulação das formas de tratamento da doença mental.

No Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Belo Horizonte no ano de 1995, propôs-se como uma das estratégias de luta um ponto que se aproximava dessa diferenciação entre assistência e mudança social. O relatório apresentava entre as prioridades temáticas: “Não atrelamento de nossas discussões à questão assistencial, ampliando-se sempre no horizonte da cidadania” (MNLA, 1997b, p.170).

Como no I Encontro, a discussão sobre legislações e direito teve um espaço de destaque no II Encontro. Todos os eixos temáticos giravam em torno da exclusão: na cultura, no trabalho, na assistência e no direito, mostrando claramente quais eram as linhas norteadoras do movimento antimanicomial, sendo que a questão do direito sempre era realçada.

Nesse eixo sobre exclusão no direito era salientada a caracterização da lei enquanto instrumento político, elaborado para atender o interesse de determinados grupos, sendo que para modificá-la seriam necessários movimentos organizados. (MNLA, 1997b, p.179). O ponto fundamental centrava-se na noção de periculosidade do louco e na necessidade de modificação da legislação relativa a esta questão, seja o Código Civil, seja a legislação de 1934.

O III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial deu-se em 1997 na cidade de Porto Alegre, e também trouxe em sua discussão a questão do direito e da legislação em saúde mental. O relatório aborda logo de início, o que apontava para uma grande valorização deste ponto. Com o título *Legislação e Cidadania: a construção do sujeito de direitos* foram discutidos nove aspectos centrais: a) o direito a assistência na rede de serviços substitutivos – as leis da reforma psiquiátrica; b) a capacidade civil de todo ser humano – a revisão do Código Civil e das interdições; c) o direito de questionar a periculosidade e a responsabilidade pelos próprios atos - a revisão do Código Penal e o fim dos manicômios judiciários; d) a defesa dos direitos humanos e as ações jurídicas em sua defesa; e) o direito de organização: os diversos modos associativos; f) os direitos sociais – do assistencialismo à cidadania; g) os direitos na rede virtual; h) o direito a inclusão nos planos de saúde; e, i) o cumprimento das deliberações do evento (MNLA, 1997c).



Esses aspectos mostram o quanto o debate foi se alargando, ou seja, passou de um ponto mais específico, intrínseco ao setor da saúde mental, para englobar uma gama de direitos de cidadania de forma mais geral, não tão restrita ao campo específico da psiquiatria. Essa ampliação era um espelho do percurso do movimento antimanicomial, que passou de uma luta por condições dignas aos internos para uma discussão ampliada da questão do louco na sociedade.

Entretanto, as discussões específicas se mantiveram e foram pontos fundamentais sob os quais o movimento teve sua especificidade. No primeiro ponto de discussão sobre legislação e cidadania neste relatório do III Encontro – o direito a assistência na rede de serviços substitutivos – as leis da reforma psiquiátrica – era afirmada a importância da mobilização para a aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado, sendo definidas estratégias de pressão junto ao Senado Federal (MNLA, 1997c, p.2).

Mais uma vez reforçava-se o engajamento do movimento no processo de luta em torno de mudanças legislativas.

O IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Paripueira, Alagoas, em 1999, também enfocou a temática da legislação psiquiátrica. Nas deliberações da plenária final colocava-se que o projeto de lei Paulo Delgado representava os ideais do Movimento da Luta Antimanicomial. Neste documento declarava-se o apoio a um dos substitutivos apresentados ao projeto de lei, o do Senador Sebastião Rocha, sendo sugeridas modificações para resgatar aspectos essenciais do projeto original. Basicamente, eram propostas alterações nos artigos 4º, e aos parágrafos 2º e 3º do artigo 5º (MNLA, 1999).

Mais uma vez, foram elaboradas estratégias de luta pelo projeto de lei. Entretanto, agora em defesa do substitutivo Sebastião Rocha que era entendido como mais próximo aos objetivos do movimento. Essas estratégias envolviam mobilização junto à sociedade, mobilização junto aos parlamentares e organização do movimento.

As proposições de mudança no substitutivo do Senador Sebastião Rocha refletiram na discussão legislativo, principalmente na supressão do artigo 4º, que pode ser considerada uma vitória da proposta defendida pelo movimento em saúde mental na Câmara dos Deputados. A discussão sobre o artigo 5º foi deixada em segundo plano no processo de conciliação para aprovação final na Câmara, como discutimos no capítulo anterior.

A aprovação da lei era um ponto fundamental para o processo de luta em torno de uma sociedade sem manicômios, bandeira do movimento antimanicomial; mas, ao

mesmo tempo, poderia se tornar um risco para as bases do movimento. Se por muitos anos a luta pela aprovação da lei foi um ponto fundamental na mobilização dos indivíduos e grupos, a sensação de tarefa cumprida pode vir a arrefecer a intensidade da mesma luta pela transformação.

## 7.2. A “psiquiatria científica-acadêmica”: o asilo e o hospital modernizado

O projeto de lei suscitou um grande número de manifestações do segmento universitário no campo da psiquiatria. Optamos por agrupá-los como representantes da “psiquiatria científica-acadêmica”, tendo em vista que os seus principais argumentos centravam-se no aspecto não científico da proposta em tramitação, e na necessidade de construção de uma assistência médica hospitalar com base nas modernas contribuições da psiquiatria científica, em contraposição, ao modelo manicomial que representava as práticas de uma psiquiatria arcaica, ultrapassada.

Esse grupo utilizou as revistas e publicações dos institutos de pesquisa como o principal meio de divulgação de idéias. Na pesquisa realizada em três publicações<sup>77</sup> vinculadas a institutos de pesquisa no campo da psiquiatria foram selecionados 36 textos, distribuídos por quatro categorias de publicação: artigos<sup>78</sup>, editoriais<sup>79</sup>, cartas ao editor<sup>80</sup>, e comentários / discussão de temas e textos publicados<sup>81</sup>.

A Tabela 3 demonstra a distribuição dos artigos selecionados por ano e formato de publicação. Podemos notar uma na segunda metade da década de 90, época em que o projeto de lei estava em discussão no Senado Federal, e havia sido proposto o substitutivo do Senador Lucídio Portella, que embora não respondesse inteiramente às prerrogativas tidas como ideais por esse segmento, trazia proposições claramente próximas ao seu ideário. Nas palavras de um dos principais argumentadores contrários ao projeto de lei original, o substitutivo representava “Uma luz no fim do túnel” (Saide, 1996).

<sup>77</sup> Revista Brasileira de Psiquiatria, Informação Psiquiátrica e Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

<sup>78</sup> Artigos: Geraldles, 1992; Iserhard, 1992; Morgado & Lima, 1994; Morgado & Lima, 1995; Macedo, 1996; Teixeira, 1997; Silveira, 1997; Nogueira & Morgado, 1998; Gentil Filho, 1999b;

<sup>79</sup> Editoriais: Saide, 1989; Saide, 1990; Saide, 1991; Saide, 1992; Saide, 1993; Infante, 1993; Saide, 1993; Chalub, 1995; Saide, 1995; Saide, 1996; Saide, 1997a; Saide, 1997b; Chalub, 1997; Gentil Filho, 1998; Saide, 1999; Gentil Filho, 2001; Jorge & França, 2001.

<sup>80</sup> Cartas: Salles, 1991; Nascimento, 1993; Morgado, 1996; Roris, 1998; Grabowski, 1998; Nick & Oliveira, 1999; Figueiredo, 2000.

<sup>81</sup> Comentários: Ribeiro, 1993; Macedo, 1997; Gentil Filho, 1999a.

Não pretendemos apresentar aqui a totalidade dos autores e publicações representantes desse grupo, mas sim configurar a base da argumentação presente, de maneira a permitir identificar o ideário representativo desse posicionamento.

**Tabela 3: Distribuição dos textos consultados em revistas científicas por ano e formato de publicação**

Formato	Ano de Publicação / Nº Textos													Total
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Artigo	-	-	-	2	-	1	1	1	2	1	1	-	-	9
Editorial	1	1	1	1	2	-	1	1	3	2	1	-	2	16
Cartas	-	-	1	-	1	-	-	1	-	2	1	1	-	7
Comentário	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	1	-	-	4
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>36</b>

Uma das primeiras manifestações públicas da “psiquiatria científica-acadêmica” deu-se através de uma carta intitulada: “*Dos Professores de Psiquiatria aos Senhores Senadores*”, publicada no dia 15 de maio de 1991, no Correio Braziliense, e entregue ao Presidente do Senado Federal, com o seguinte texto:

*“Os abaixo-assinados, Professores e Ex-professores de Psiquiatria em Faculdades de Medicina oficiais e oficializadas, responsáveis diretos pelo ensino teórico e prático dos cuidados preventivos e curativos da doença mental, alarmados com a aprovação, sem as discussões regulamentares, na Câmara dos Deputados, do Projeto de Lei nº 3657/89, de autoria do nobre deputado Paulo Delgado, vêm mui respeitosamente à sua presença, solicitar que o referido Projeto de Lei seja rejeitado pelo Senado porque ele: 1º - fere os princípios fundamentais da ciência psiquiátrica, tanto em seus aspectos clínicos quanto jurídicos; 2º - transfere, com graves prejuízos para os doentes mentais, as prerrogativas legais de responsabilidade do médico e referentes a cada paciente assim como a competência dos órgãos técnicos-profissionais para o domínio genérico de uma lei de cunho meramente político-ideológico.”* (Correio Braziliense, 15/05/1991).

Nesta carta encontram-se alguns dos principais argumentos que foram desenvolvidos na literatura dedicada à discussão do referido projeto de lei e embasaram parte da discussão em plenário. O Senador Lucídio Portella iniciou seu parecer

ressaltando o posicionamento contrário dos professores de psiquiatria ao projeto original expressado publicamente na imprensa escrita. Os argumentos levantados pelo Senador Lucídio Portella tiveram grande proximidade com o ideário presente no discurso desse grupo.

A partir das publicações consultadas podemos agrupar as argumentações da “psiquiatria científica-acadêmica” em cinco pontos principais:

- a. caráter ideológico, político, não científico, das propostas que originaram o projeto de lei;
- b. defesa da necessidade do hospital psiquiátrico especializado, com práticas fundamentadas no moderno saber científico;
- c. riscos da desospitalização: aumento da criminalidade e da população de rua, desassistência, sobrecarga dos familiares;
- d. caráter exclusivamente médico da internação psiquiátrica, e objeção à “criminalização” do ato médico com a inserção do elemento judiciário no mecanismo de revisão das internações involuntárias;
- e. não participação da comunidade científica do processo de debate legislativo.

Os cinco pontos estavam presentes em grande parte dos textos consultados apresentavam-se articulados, e buscavam desmontar as duas proposições básicas do projeto de lei aprovado na Câmara dos Deputados: extinção dos hospitais psiquiátricos e constituição de uma instância judiciária para avaliação das internações involuntárias.

O primeiro ponto tinha um caráter de uma crítica mais geral ao projeto, atribuindo a ele um viés ideológico, político, afastado das bases científicas que a prática psiquiátrica deveria conter. A filiação à psiquiatria italiana era abertamente criticada, sendo denominada como uma proposta “anti-psiquiátrica”, uma espécie de antítese da própria psiquiatria, que seria a verdadeira ciência.

*“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 Mario Negri, de Milão.”* (Gentil Filho, 2001, p.1).

Em vários momentos eram apresentados argumentos destinados a demonstrar que a proposta italiana era inadequada para a própria Itália e no Brasil sofreria

consequências piores devido à escassez de recursos financeiros para construção e manutenção da rede comunitária de serviços.

*“quase exatamente a mesma tese basagliana é apresentada pelo Sr. Paulo Delgado, no Brasil, com os agravantes de que o nosso país não possui recursos financeiros para montar modelos alternativos de tratamento, pois somos um país subdesenvolvido, o que não é o caso da Itália e USA, aonde tal ideologia foi implementada”* (Teixeira, 1997, p.62).

O segundo ponto foi fortemente atacado sob o argumento de ser equivocada a caracterização dos hospitais psiquiátricos como manicômios. Os primeiros seriam representantes legítimos da moderna prática psiquiátrica, respaldada nos conhecimentos científicos e com um grau de eficiência e eficácia comprovado, sendo indispensável para uma certa categoria de pacientes que, sem este tipo de atendimento, seriam extremamente prejudicados e seus direitos desrespeitados.

A defesa do “bom e moderno hospital”, no qual a medicina psiquiátrica poderia desempenhar suas funções, pode ser observada nas argumentações a seguir:

*“Quanto à proposta de ‘desospitalização’, podemos levantar como contraproposta a ‘hospitalização’, isto é, a transformação dos hospícios em verdadeiros hospitais, nos quais a psiquiatria até **pudesse** mas não necessariamente **devesse ser** a principal especialidade, porém funcionando de forma integrada às demais clínicas.”* (Nogueira & Morgado, 1998, p.624).

*“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”* (Gentil Filho, 1999b, p.20).

*“Para que o hospital psiquiátrico seja um recurso **adequado** de tratamento, é preciso que seja bem administrado e a ideologia terapêutica seja consentânea com o processo científico, isenta de apriorismos sociogênicos”* (Teixeira, 1997, p.58).

A natureza médica da prática psiquiátrica era valorizada, sendo o local de excelência para essa prática o hospital psiquiátrico, instituição extremamente necessária

para os cuidados dos pacientes considerados graves e sem possibilidade de inserção social durante os episódios de agravamento do quadro psicopatológico.

Os efeitos negativos decorrentes da ausência do cuidado hospitalar eram freqüentemente salientados, configurando um cenário de desassistência, desproteção e, de certa forma, “terror social”.

*“A dura realidade dos doentes nas ruas e nas prisões constitui o monumento histórico da desinstitucionalização – para eternizá-la em triste lembrança.”* (Morgado & Lima, 1995, p.555).

*“Qualquer um de nós passeando pelas ruas do Rio de Janeiro, se depara hoje com o deprimente espetáculo de mendigos-loucos a vagar a esmo pela cidade, sujos e abandonados. (...) Baseados no digno direito de cidadania, ninguém pode ser internado contra a vontade (tenho o direito de dormir ao relento, viver sujo, beber, jogar pedra nas crianças).”* (Saide, 1992).

*“Restarão duas opções para esses pacientes de baixo poder aquisitivo: ou será deixado vagando pelas ruas, ou, então, será internado numa clínica **privada**, em convênio com o SUS, caso não venha suicidar-se ou a agredir um transeunte durante aquela peregrinação e, nestes casos, ele poderá ser levado ao IML ou a uma Delegacia Policial, amontoado com os criminosos da pior espécie, arriscando-se a infecções das mais variadas, inclusive pelo vírus da AIDS.”* (Teixeira, 1997, p.59).

*“Uma coisa é deixar nas ruas os ‘escribas’ e as ‘loucas de Chaillot’, outra é negar assistência a milhares de pessoas com grande sofrimento psíquico ou incapacitação por transtornos mentais graves, que perambulam pelo país como se fizessem parte da paisagem. Isso não é democracia, nem liberdade: é negligência. 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.”* (Gentil Filho, 1999b).

O quarto ponto, o controle das internações involuntárias, ganhou destaque após a aprovação do substitutivo do Senado Federal, tendo em vista que, em certa medida, a continuidade dos hospitais psiquiátricos havia sido assegurada.

A introdução de uma instância não médica, como o Ministério Público, em um ato considerado puramente médico como a internação psiquiátrica, foi fortemente criticada. A internação não era entendida enquanto uma restrição dos direitos civis, mas sim uma garantia de assistência, somente possível de ser avaliada pelos integrantes da classe médica. Caso não fosse assim, seria uma forma de ferir a autonomia profissional dos médicos psiquiatras:

*“A outra pungente questão levantada pelo projeto de lei é o controle da internação psiquiátrica involuntária pela sociedade civil. Não há dúvida que abusos, desmandos, prepotência, arbitrariedades e até ações desonestas existem e têm que ser coibidas. Mas submeter uma internação psiquiátrica, ainda que contra a vontade do paciente, a revisão por autoridade judicial é um grave atentado contra a autonomia profissional e à consciência moral dos médicos, sem falar na tábula rasa que se faz do complexo e difícil conhecimento da ciência da mente enferma.(...) Muito mais razoável, adequado e digno é a revisão das internações involuntárias por uma junta existente em cada instituição e constituída por médicos, representantes dos usuários e familiares e do Poder Judiciário e que assim procederia após curto período de permanência, necessário para os casos agudos ou de difícil diagnóstico.” (Chalub, 1995, p.83).*

Reclamava-se que a discussão legislativa não havia tido a participação efetiva do setor universitário; assim, a “psiquiatria científica-acadêmica” não teria podido contribuir efetivamente para a construção de uma proposta que viesse alcançar os objetivos essenciais da prática psiquiátrica:

*“Até onde se sabe, a versão atual foi elaborada por representantes do Ministério da Saúde, do ‘Movimento da Luta Antimanicomial’ e da Federação Brasileira dos Hospitais. Mais uma vez, a Universidade e a Psiquiatria ficaram de fora. Uma lei dessas pode durar 65 anos. Não devemos aceitar o argumento de que ela deve ser aprovada como está, por ser o politicamente possível, e que suas imperfeições poderão ser corrigidas no futuro. Será que alguém poderia nos representar?” (Gentil Filho, 1999a).*

*“Isto sugere que os líderes das propostas que se transformaram em uma família de projetos de ‘reforma’ não contaram com suporte adequado das universidades, que de fato foram excluídas das diversas*

*‘conferências de saúde mental’ e não têm maior contato com o Ministério da Saúde, o que poderia ter sido útil ao menos para retirar os interesses comerciais e ideológicos de questão tão relevante para a sociedade.” (Gentil Filho, 1998).*

Para finalizar, é importante pontuar que em alguns momentos as entidades representativas da classe médica compartilharam desse ideário, expondo suas argumentações, seja através de suas próprias publicações, seja através da imprensa escrita, buscando alcançar repercussão na opinião pública. Cabe ressaltar que essas aproximações se deram em diferentes momentos e com intensidade diversa.

Não podemos afirmar que existia um consenso no posicionamento dessas entidades, sendo que, em certos momentos, o debate entre elas tornou-se público.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj) assumiu publicamente postura contrária à proposta do projeto de lei, tendo publicado em jornais de grande circulação “notas oficiais” em que afirmava seu posicionamento e os argumentos que o embasavam. Em nota oficial intitulada: *“A propósito da reforma antimanicomial”*, publicada no Jornal do Brasil, de 25 de junho de 1995, o Cremerj afirmava:

*“Se o Projeto de Lei que determina a Reforma da Assistência Psiquiátrica, que ora tramita no Legislativo Federal, for aprovado nos termos propostos teremos como resultado um caos assistencial com conseqüências imprevisíveis para a Sociedade (...) O CREMERJ adverte que o Projeto de Lei fere a autonomia do ato médico, desrespeita o médico psiquiatra, desconhece a responsabilidade profissional e atinge princípios do Código de Ética Médica.”*

Em face da repercussão negativa da postura do Cremerj, o Conselho Federal de Medicina trouxe a público sua posição. Em nota oficial publicada no “Jornal O Globo”, em 8 de julho de 1995, o CFM, a Federação Nacional dos Médicos e a Associação Médica Brasileira se pronunciaram a favor da Reforma Psiquiátrica, e da votação do projeto de lei no Senado Federal, nos seguintes termos:

*“Diversos Estados da Federação já aprovaram, em suas assembleias, legislações semelhantes e as colocaram em prática, sem que ocorresse qualquer interrupção na assistência, quebra da autonomia dos médicos e muito menos abandono dos doentes ou aumento da violência. O que se observa, pelo contrário, é a criação de serviços*



*com novas características, embora ainda em número muito aquém das necessidades, praticando modernas técnicas e padrões éticos elevados, que preservam a liberdade dos doentes, estimulam sua autonomia e combatem, vigorosamente, a sua discriminação e exclusão do meio social. (...) As Entidades que subscrevem essa nota reiteram o seu apoio à reforma psiquiátrica e consideram que recente Resolução do Conselho Federal de Medicina, que tomou o número 1.407/94, estabelece normas éticas claras para o atendimento a pessoas com transtornos mentais. A referida Resolução esclarece, de uma vez por todas, que a revisão das internações compulsórias, por parte de uma comissão independente representando a sociedade, legal e cientificamente competente, mesmo que composta por não-médicos, respeita a autonomia do ato médico. Entendemos que tal revisão complementa o ato médico, respaldando o profissional na delicada decisão de internar uma pessoa com transtornos mentais, devido aos já conhecidos agravos que tais internações provocam, do ponto de vista pessoal, jurídico e social” (O Globo, 08/07/1995).*

Desta forma, o posicionamento de três importantes entidades representantes da classe médica reconhecia que o ato de uma internação involuntária poderia causar impactos outros na vida da pessoa, além dos exclusivamente médicos e, assim, a revisão de tal procedimento deveria abranger uma avaliação ampliada, entrando em acordo plenamente com os princípios adotados internacionalmente e consagrados pela Resolução da ONU (CFM, 1994).

Em continuidade à discussão pública entre as entidades representantes da classe médica, o Cremerj publicou outra nota oficial, agora intitulada: “Por uma reforma psiquiátrica responsável” (Jornal do Brasil, 15/07/1995), na qual procurou responder as críticas e justificar o seu posicionamento de perda de autonomia no caso das revisões das internações involuntárias:

*“O ato médico, do ponto de vista técnico e ético, só pode ser avaliado por autoridade médica para tanto qualificada.(...) A citada resolução 1.407/94 do CFM na verdade incorpora à nossa legislação ética os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91. Objetivando proteger o paciente nos casos de internação involuntária, sujeita tais*

*decisões ao referendo de um ‘Corpo de Revisão’, que deverá ser ‘um órgão independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional..’. Em nenhum momento este ‘Princípio 17’ estabelece a composição do Corpo de Revisão. A expressão ‘mesmo que composta por não médicos’ é mera interpretação dos que a redigiram, e talvez reflexo de seus desejos.” (Jornal do Brasil, 15/07/1995).*

O Conselho Federal de Medicina publicou o Parecer 19/96 sobre o tema Reforma Psiquiátrica, no qual reforça a importância de “uma política de assistência psiquiátrica claramente definida em lei, exequível e que, principalmente, satisfaça aos interesses dos portadores de transtorno mental” (CFM, 1996).

O parecer aborda a discussão em torno da existência ou não dos hospitais, alinhando-se em parte com a corrente da “psiquiatria científica acadêmica”:

*“A questão terminal, que tem causado celeuma e produzido paixões nas suas teses, é onde deve ser tratado tal doente, secundarizada pela forma/método do tratamento a instituir. Há os que tentam, desesperadamente, a permanência de hospitais psiquiátricos fechados - seja por lucro legítimo, honesto ou não, como também por cultura médica estabelecida da qual são objeto. Enquanto do outro lado existem os que estão radicalmente alinhados com a inexistência de hospitais - **tanto por ignorância científica como pela perspectiva de assumir o poder que o médico detém ou ainda por alinhamento político-ideológico inconseqüente**” (CFM, 1996, grifo nosso).*

Ainda buscando reafirmar o ato exclusivamente médico na internação psiquiátrica, o Cremerj publicou em 1997 a Resolução 115, que instituiu em toda unidade do Estado do Rio de Janeiro que efetuasse internações psiquiátricas a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, com composição registrada no referido conselho. Tal Comissão seria composta por no mínimo três titulares e dois suplentes, todos integrantes do corpo clínico da unidade assistencial de saúde (Cremerj, 1997).

Este debate é exemplar para visualizarmos o quanto a temática colocada pelo projeto de lei é controversa, e levanta posicionamentos diversos, mesmo quando consideramos entidades que deveriam estar alinhadas em suas orientações.

O campo da psiquiatria sofreu um forte impacto com a proposição trazida pelo projeto de lei. A possibilidade de extinção dos hospitais psiquiátricos e o controle das internações involuntárias mobilizaram fortemente os atores que defendiam o modelo

tradicional da psiquiatria, que tinham o hospital como lugar por excelência da prática psiquiátrica e o ato de internação como uma exclusividade clínica sob a qual somente os preceitos da medicina poderiam intervir.

Como já afirmamos, as posições da “psiquiatria científica-acadêmica” estiveram internamente integradas aos argumentos de dois outros grupos de atores, que embora não totalmente concordantes, respaldaram-se mutuamente.

Cabe ressaltar que os representantes da “psiquiatria científica-acadêmica” afirmavam sua não proximidade com os proprietários dos hospitais, na medida em que rechaçavam qualquer crítica aos médicos como coniventes com o modelo manicomial de atendimento, considerado anacrônico e beneficiário da indústria do lucro, o que jamais poderia condizer com os preceitos da medicina científica.

Porém, aos proprietários dos hospitais psiquiátricos, os argumentos do “hospital científico, modernizado” eram extremamente valiosos, e reforçavam a necessidade de manutenção da estrutura que garantia a parcela de sua atuação no mercado de prestação de serviços em saúde.

Entretanto, os argumentos dos familiares eram considerados extremamente relevantes, tendo em vista a possível desassistência aos pacientes graves gerada pelo fechamento dos hospitais. A família era a principal afetada por esse processo, pois teria que arcar sozinha com todo o cuidado do doente mental.

### 7.3. Os familiares dos doentes mentais: o fantasma da desassistência

Um dos atores importantes no processo de discussão do Projeto de Lei 3657/89 foi um grupo de familiares organizados em torno de uma associação criada justamente a partir da discussão suscitada pela extinção dos hospitais psiquiátricos trazidas pelo projeto. Souza (1999) reforça esse entendimento quando afirma que a motivação para a organização deste grupo foi “a preocupação com os efeitos da aprovação do Projeto de Lei 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG) em 1989” (p.132).

A Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) foi criada em maio de 1991, quando o Projeto de Lei já havia sido aprovado na Câmara dos Deputados e iniciava sua tramitação no Senado Federal. Posteriormente, a AFDM passou a denominar-se “Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil”, o que pode ser entendido como um “indicador de uma estratégia de ampliação do leque de adesão” (Souza, 1999, p.134).

O ideário desta associação foi explicitamente contrário à aprovação do referido projeto e suscitou numerosas intervenções dos seus membros em diversos eventos promovidos no campo da saúde mental. A estratégia básica de ação da associação pode ser considerada como uma forma de ocupação de espaço e divulgação do seu ideário. Nesses eventos, freqüentemente, podiam-se observar intervenções de membros dessa associação relatando o sofrimento e as dificuldades pelas quais passam os familiares dos doentes mentais e o quanto era indispensável a existência dos hospitais psiquiátricos para aliviar a sobrecarga dos familiares e garantir cuidados aos seus entes que padeciam da doença mental, geralmente enunciada como esquizofrenia.

A crítica ao caráter ideológico e não científico das propostas de Reforma Psiquiátrica também estavam incluídas no discurso desse grupo de familiares, reforçando, assim, a afinidade com a argumentação da “psiquiatria científica-acadêmica” já apresentado anteriormente.

Em artigo de 1996 assinado pelo presidente dessa associação podemos claramente identificar esses argumentos:

*“A política que vem sendo conduzida pelo Ministério da Saúde, por proposta da sua Coordenação de Saúde Mental, é, no mínimo, um desastre. Por conta dessa política, repudiada pela esmagadora maioria dos psiquiatras-cientistas do Brasil, instalou-se o caos, uma vez que não é baseada em dados científicos.(...) Fundamentada em princípios ideológicos, essa política, segundo seus autores, luta contra*

*a 'lógica da exclusão', baseada na internação hospitalar. Por conta disso, o que estamos assistindo é a implantação da 'lógica da desassistência', com a liquidação da assistência pública" (Z.Macedo, 1996).*

A proposta era considerada, assim, não científica, ideológica e geradora de desassistência, o ponto principal do discurso dessa associação.

É claro que qualquer associação de familiares considera a garantia de assistência como uma das premissas básicas de uma política de saúde mental; é, com certeza, uma preocupação justa e espelha as próprias garantias constitucionais explicitadas na Constituição Federal de 1988.

Porém, a diferenciação básica desse grupo de familiares dos demais no campo da saúde mental foi a opção por um tipo específico de atendimento, a internação hospitalar, sem o qual não se poderia pensar em qualquer forma de cuidados em psiquiatria ou saúde mental. Como justificativa para isso, além dos relatos de experiências que reforçam a importância da internação dos casos graves, entendidos como sem solução ou incuráveis, estavam os preceitos científicos: "A ciência não pode ser vítima de ideologias" decretava Zedyr Macedo, presidente da AFDM (1996, p.10).

Uma entrevista publicada em 1996, realizada por Mira Zaramella, corrobora esse tipo de estratégia. A entrevistada, Dona Margot, é considerada um exemplo vivo da luta dos familiares no lidar com a doença mental: "incansável na luta solitária pela defesa dos filhos, quatro homens, vítimas de distúrbios mentais" (Zaramella, 1996).

No exemplo podemos observar claramente os principais argumentos colocados em discussão pela AFDM e que embasaram a sua estratégia organizada de oposição ao projeto de lei original. Dona Margot fala de seus filhos, da forma como cada um adoeceu e de como a doença trouxe repercussões na vida deles e da família e ressalta o papel fundamental do hospital no cuidado dos seus filhos:

*"O Moisés não gosta do Rio de Janeiro devido à agitação, porque, em geral, cidade grande não é bom para doentes mentais. Por isso os hospitais são importantes. Nenhum é aquilo que a gente queria para seu doente. Mas eles estão melhorando muito. Deveriam fazer mais hospitais. São os médicos e os hospitais que vão me substituir quando eu morrer. Eles dão segurança."*

E complementa mais adiante:

*"Meu pavor maior é saber que um dia meus filhos possam ficar na rua depois que eu morrer. É por isso que eu luto para que os hospitais não*

*fechem. Sem remédio, sem alguém que cuide deles, não terão condições de gerenciar suas vidas. E o Estado, se a gente paga os impostos, ao menos isso tem que dar: dignidade para o doente mental.”*

A assistência para essas famílias era sinônimo de atenção hospitalar; as outras formas de atendimento propostas pelo projeto de lei eram consideradas como utópicas, distantes da realidade brasileira:

*“O projeto fala de outras alternativas para o doente mental, mas a gente sabe que elas não funcionam na prática. É uma posição totalmente incoerente porque se a doença não tem cura os doentes têm é que ficar nos hospitais. O discurso deles é muito bonito mas não é uma realidade. E nós lutamos muito e fazemos um esforço tremendo para nos unir porque não queremos que o Projeto Paulo Delgado seja aprovado. E eles são fanáticos, são radicais, estão fazendo uma guerra. Preferimos que eles aprovem o do Senador Portella.”*

Em uma carta enviada a uma revista científica por uma representante da AFDM da Bahia, também era ressaltada a inadequação das alternativas de atendimento além do hospital psiquiátrico:

*“No momento, os familiares dos doentes mentais passam por expectativa cruciante face a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos feita pelo deputado federal do Partido dos Trabalhadores, Sr. Paulo Delgado. Em algumas propostas feitas visando o tratamento do doente mental temos a consciência plena que são totalmente inviáveis, frente a nossa experiência na luta constante em busca da assistência psiquiátrica hospitalar, quando os nossos pacientes não têm condições de tratamento a nível ambulatorial.”*  
(Nascimento, 1993, p.79).

Em relação ao debate legislativo, Dona Margot, pontuou o papel importante que a AFDM desempenhou para pressionar os parlamentares a não aprovar o projeto original:

*“A AFDM teve peso para que a comissão não deixasse esse processo passar. Nós fomos à Brasília, famílias inteiras, e explicamos a eles porque o projeto é absurdo. Não se pode fechar os hospitais para doente que não tem cura. E eles usam a palavra ‘manicômio’ para*

*chamar a atenção da mídia, porque todo mundo sabe que não existem mais manicômios”.*

A pressão desse grupo de familiares teve reflexos claros em alguns discursos de parlamentares, principalmente no Senado Federal, como discutimos no capítulo anterior.

Algumas estratégias incluíram o envio de cartas aos senadores demonstrando as dificuldades que seriam enfrentadas pelos familiares com o fechamento dos hospitais em decorrência da aprovação do referido projeto<sup>82</sup>.

*“Está tramitando pelo Senado Federal essa lei absurda que deixará ao desamparo os infelizes portadores de doenças mentais. Sou mãe de um oligofrênico que volta e meia tem de ser internado por não ter condições mentais de ficar em casa. Que será desses infelizes se esta lei passar? Ficarão jogados na rua. O que nós familiares dos doentes mentais precisamos é de mais casas de saúde e hospitais psiquiátricos. Não internamos nossos doentes porque queremos, mais sim por precisarem. E queremos justiça para eles. E não se faz justiça aprovando essa lei infame. Este é o apelo que lhe faço, o apelo de uma mãe desesperada, Senador. Vote contra essa monstruosidade que é a Lei 0008-91”*

*“Tenho um irmão esquizofrênico. Fazemos o possível para não interná-lo, mas às vezes é impossível já que não quer dormir. Fala muito alto durante a noite e até faz agressões físicas, incomodando não só a nós como aos vizinhos. Por essa razão o internamos numa clínica, onde recebe bom tratamento e volta para casa muito mais calmo. Sou contra essa lei que quer fechar todas as clínicas que tratam os doentes, como é o caso do meu irmão. Peço aos senhores que não façam isso”*

A argumentação da impossibilidade de convívio social e familiar e a necessidade de internação, era fortemente contrária ao ideário dos integrantes do movimento social em saúde mental. E em diversas oportunidades, os embates entre essas posições diametralmente opostas eram inevitáveis. A estratégia de contínua participação e ocupação em todos os eventos desenvolvida pela AFDM, inclusive os promovidos pelo movimento em saúde mental, nem sempre foi bem recebida, tendo inclusive sido objeto

---

<sup>82</sup> Coletânea de cartas de familiares enviadas aos senadores pela não aprovação do projeto de lei 9/91, intitulada: *A voz das famílias*, na publicação denominada *Saúde mental debate*, publicação do Instituto Brasileiro de Psico Neuro Ciência. Este número é inteiramente dedicado a artigos e textos contrários à aprovação do projeto de lei no Senado Federal.

de repúdio formal em algumas ocasiões. Por exemplo, no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial foi aprovada uma “moção de repúdio” a esse tipo de atuação:

*“Os participantes delegados reunidos no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Paripueira/AL, apresentam essa moção de repúdio ao comportamento desrespeitoso e agressivo, dos militantes da AFDM – Associação de Familiares de Doentes Mentais/PE (organização que é a favor dos Manicômios) que invadiram o local de nosso evento para deflagrar um conflito, na tentativa de desmobilizar os trabalhos do Projeto de Lei Paulo Delgado.” (MNLA, 1999, p.29).*

Desta forma, é importante salientar que, tal como no caso da “psiquiatria científica-acadêmica”, analisada na seção anterior, não se pode falar em consenso para a totalidade de grupos ou associações de familiares. Diversas outras associações participaram ativamente no processo de discussão do projeto de lei, lutando pela sua aprovação, assim se colocando em uma posição bem diversa ao ideário da AFDM.



#### 7.4. Os empresários da doença mental: as restrições ao mercado

Este grupo é representado pelos proprietários de hospitais e clínicas psiquiátricas privadas, que prestam serviços ao sistema público de saúde. A possibilidade da aprovação do projeto de lei, com a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, traria a eliminação de uma faixa do mercado de prestação de serviços de saúde ao poder público.

Não se pode deixar de considerar o grande volume de recursos financeiros destinados a esse tipo de prestação de serviços. O rompimento desse fluxo de recursos teria provavelmente um impacto relevante no efetivo financeiro nos prestadores desse tipo de serviço.

A entidade que representou os interesses desse grupo foi a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Talvez, possamos considerar este grupo o mais bem articulado e organizado, em termos de estabelecer mecanismos de pressão junto ao Congresso Nacional, tendo em vista a sua aparição já na discussão na própria Câmara dos Deputados. Como já foi dito, um das condições para o acordo de lideranças que possibilitou a aprovação do projeto na Câmara foi justamente a garantia de inserção dessa entidade na discussão subsequente.

Sua participação foi efetiva e integrou o grupo composto para a discussão final do Substitutivo do Senador Sebastião Rocha, garantindo assim a inclusão de suas propostas na redação final do texto aprovado no Senado Federal.

O discurso presente nas propostas da FBH estava embasado em premissas que justificavam a necessidade de uma intervenção médica, hospitalar nas doenças mentais: “O Hospital de Psiquiatria existirá como uma exigência de ordem médica e social enquanto a ciência não dispuser de meios de atalhar a eclosão da doença mental” (FBH, 1991).

Os conhecimentos científicos embasavam as justificativas para a existência e necessidade dos hospitais psiquiátricos, enquanto instituição especializada para o tratamento da doença mental:

*“Também o regime de tratamento ambulatorial ou hospitalar deve ter, obrigatoriamente, uma precedência de avaliação do médico psiquiatra. Afinal, por princípio, afastar-se o recurso do hospital psiquiátrico terapêutico é admitir-se a única exceção na assistência médica. Seria a única especialidade médica a prescindir da hospitalização em hospital adequado.”* (FBH, 1991).

A utilização do termo “hospital psiquiátrico terapêutico” era claramente uma estratégia para se diferenciar daquelas instituições consideradas como uma má utilização dos recursos médicos disponíveis, que deveriam ser transformadas em instituições renovadas, a partir dos preceitos da medicina moderna.

Em documento encaminhado à II CNSM, a FBH propôs uma nova estruturação para a assistência psiquiátrica, que incluísse: hospital 24 horas (assistência 24 horas por dia e tecnologia de ponta); hospital parcial (atendimento especializado/dia e atendimento especializado/noite); e, ambulatório / urgência (atendimento multiprofissional e serviços de atendimento de urgências psiquiátricas em pronto socorro geral e/ou especializado).

Para garantia de efetivação desse programa havia, entretanto, a necessidade de “recursos adicionais. Os executivos das Áreas federal, estadual e municipal, juntamente com o Congresso Nacional, devem ter a disposição política para definir disponibilidades orçamentárias adequadas para essa reformulação” (FBH, 1991). Aqui encontramos um dos argumentos mais frequentes para justificar a baixa qualidade da assistência prestada pelos hospitais psiquiátricos: insuficiente remuneração pública dos serviços prestados pela iniciativa privada.

Finalizamos esta parte destacando mais uma vez a complementaridade entre esses três últimos grupos analisados. Para todos haveria a necessidade de manutenção do sistema hospitalar de atendimento. Embasa essa afirmação a necessidade de uma modernização, viável através da introdução de recursos científicos da moderna psiquiatria e do aumento de repasse de recursos do poder. A modernização garantiria o funcionamento adequado dos serviços hospitalares e, assim, permitiria a existência da única forma possível de atendimento para determinadas parcelas da população, que são entendidas como não passíveis de um atendimento de base comunitária, tendo em vista as especificidades da própria doença mental.

## Capítulo 8

### Considerações Finais

O processo de formulação de uma política assume as nuances características dos contextos em que ele se desenvolve. O estudo dos documentos legais da história da psiquiatria brasileira demonstra tanto a influência do contexto social e político, quanto do desenvolvimento dos saberes e práticas no campo da psiquiatria. A construção do estatuto social do louco se deu a partir de uma rede de articulações intrincadas entre o saber científico e as exigências políticas. Desta forma, a psiquiatria pode ser considerada uma ciência política, tendo em vista que o seu nascimento se deu a partir de exigências políticas e sociais.

Entendemos que a normatização neste campo está intrinsecamente relacionada ao próprio saber psiquiátrico, suas instituições, seus poderes e à organização social e política das sociedades onde se desenvolvem.

O nascimento da psiquiatria marcou a institucionalização de uma justificativa médica para as formas de asilamento e exclusão social existentes. O aparato normativo erguido garantiu a legitimidade técnica-científica para a exclusão social. O problema, antes somente social, foi medicalizado, adscrito à competência dos especialistas que, com base nos pressupostos científicos, poderiam desenvolver ações consideradas neutras. A psiquiatria assume, assim, a tarefa de neutralizar os perigos potenciais que os loucos trazem à sociedade, podendo portanto “abolir da paisagem social esse foco de desordem” (Castel, 1978, p.27).

A internação é a base de todas estratégias e saberes da ciência psiquiátrica, é o pressuposto da sua constituição e existência. Desta forma, qualquer proposta que venha abalar o paradigma da internação traz consigo o risco de desmontar seu próprio fundamento. E foi neste ponto que, principalmente, a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos e o controle das internações involuntárias por instâncias jurídicas, exteriores ao saber e instituições psiquiátricas, tocou.

O momento inicial do processo estudado, ou seja, a apresentação no parlamento do Projeto de Lei 3657/89, teve a participação fundamental do movimento social em saúde mental, denominado Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que, em sua trajetória, delimitou o problema a ser enfrentado e propôs uma forma de resolução. Reforçou a importância do enfrentamento das instituições de exclusão social e a

elaboração de estratégias para garantir os direitos sociais e a própria cidadania dos loucos.

Esse projeto trouxe à luz a necessidade de organizar um aparato de cuidados psiquiátricos que substituísse integralmente o modelo hospitalar sob o qual todos os saberes e práticas psiquiátricas se constituíram. Em suma, demandava-se a reversão do próprio modelo constitutivo da psiquiatria.

As crenças das instituições e grupos, herdadas desse paradigma, foram postas em xeque, estremecendo as bases de seu poder.

O debate legislativo suscitou a organização de grupos no campo da saúde mental, cujos interesses eram contrários à proposta do projeto, que se articularam para influenciar efetivamente na sua tramitação no Congresso Nacional.

A discussão entre o manicômio e o moderno hospital psiquiátrico, ou seja, entre o “mau” e o “bom” hospital, nos remete à constituição da psiquiatria, quando as instituições não especializadas deveriam ser reorganizadas conforme a ciência nascente para se tornarem estabelecimentos terapêuticos nos quais, acreditava-se, as práticas científicas poderiam efetivamente tratar e curar a doença mental.

Os discursos presentes no debate legislativo trouxeram à tona a valorização do aspecto técnico do cuidado psiquiátrico, em detrimento das questões políticas envolvidas no trato da loucura. A abordagem da moderna psiquiatria científica poderia salvar as instituições asilares, consideradas manicomiais, e resgatar seu papel na terapêutica das doenças mentais.

Como Castel nos apontou, a questão da psiquiatria é antes de tudo uma questão política. Desta forma, não é possível o seu entendimento a partir de uma concepção de ciência neutra, impermeável às vicissitudes dos contextos sociais e políticos.

A politização do científico, como de qualquer ciência, não era entendida como relevante; portanto, buscava-se desvalorizar as abordagens que partiam do aspecto político inerente a psiquiatria.

A tendência à manutenção da internação psiquiátrica como um ato exclusivamente médico, desconsidera os aspectos sociais e civis em jogo. E reforça mais uma vez a leitura puramente técnica, despolitizada dos saberes e práticas psiquiátricas.

O resultado do processo de formulação da atual Política de Saúde Mental brasileira, materializada na Lei 10.216/01, foi delimitado pelo jogo de forças existentes no campo.

Durante o percurso do debate legislativo, a Câmara dos Deputados se mostrou mais permeável ao ideário colocado pelo movimento social em saúde mental, e procurou resguardar a proposta original que remetia a necessidade de enfrentamento do modelo hospitalar em psiquiatria.

Já o debate no Senado Federal foi propício à organização dos grupos contrários ao projeto de lei. Foi durante os anos de tramitação no Senado que se abriram as oportunidades para vetar as propostas em discussão. Foram esses momentos que se tornaram fundamentais para a atuação dos grupos de interesse, possibilitando a elaboração de uma proposta diversa da aprovada inicialmente na Câmara dos Deputados. A discussão no Senado Federal fez com que a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos fosse modificada para dar lugar a uma proposta de reorientação do modelo assistencial que manteria as estruturas hospitalares como um dos dispositivos integrantes desse modelo. Salvou-se assim o próprio paradigma da internação, mantendo legalmente a instituição mestre do saber científico psiquiátrico.

O debate no Congresso Nacional, no entanto, deu lugar à promulgação de diversas legislações estaduais aprovadas no mesmo período. Ao mesmo tempo em que se discutiam os rumos da política nacional no campo da saúde mental, as leis estaduais demonstravam a relevância e factibilidade da proposta de substituição dos hospitais psiquiátricos.

A elaboração desses instrumentos legais foi um passo estratégico no sentido de organização de um novo aparato que viesse facilitar a criação de novas condições sociais e políticas para o avanço da proposta.

As leis criaram condições para trilhar os caminhos que estão sendo traçados. Mas, deve-se prestar toda atenção e ter cuidado para que a garantia de direitos trazida pela nova lei seja aplicada de fato, e não se torne apenas uma ficção.

Em suma, a Reforma Psiquiátrica no Brasil não se esgota na aprovação da lei. As necessidades intrínsecas à reorientação do modelo assistencial devem ser objeto de ações do poder executivo, especialmente através do Ministério da Saúde, e com acompanhamento e participação das esferas de controle social, sejam as instituídas pelo SUS, sejam as integrantes do movimento social.

Nos anos subseqüentes à aprovação da lei tem se observado o incentivo do Poder Público à implantação do modelo da atenção psicossocial mediante o financiamento de novos serviços de base comunitária e apoio à consolidação da rede desses serviços já existente. Essa ampliação tem sido associada a uma reorganização do sistema hospitalar, principalmente através da criação de instrumentos de avaliação. Esse

processo tem sido acompanhado por uma redução significativa da oferta de leitos psiquiátricos no país.

Os opositores da extinção dos hospitais psiquiátricos ainda se mostram organizados, principalmente o grupo composto pelos proprietários dos hospitais psiquiátricos, que têm utilizado mecanismos judiciais para dificultar ou impedir as ações de avaliação e qualificação da rede hospitalar realizadas pelo Ministério da Saúde, especificamente através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH).

Uma outra estratégia do Poder Executivo para aplicação da lei, foi a regulamentação do seu artigo 5º, através da promulgação da Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, que criou o Programa ‘De volta para casa’ – auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internação (Brasil, 2003). Esta iniciativa é de extrema relevância para a reinserção social da clientela de longos períodos de internação. A promulgação da Lei 10.708/03 foi anunciada em cerimônia especial que alcançou grande repercussão na imprensa em geral. A sua regulamentação pelo Ministério da Saúde se deu pela Portaria GM nº2.077, de 31 de outubro de 2003. Atualmente o Programa ‘De volta para casa’ está em fase de implementação, mas, devido a diversas dificuldades ainda atende um número restrito de pessoas.

A questão da regulamentação da internação involuntária também tem sido implantada paulatinamente no país. O Ministério Público vem assumindo esse papel<sup>83</sup>, e tem desenvolvido ações, que embora ainda não possam ser avaliadas de maneira efetiva, demonstram a necessidade de acompanhamento desse processo<sup>84</sup>. Os Estados que já tinham legislações estaduais que incluíam essa questão, de uma maneira geral, têm avançado mais (Britto, 2004).

---

<sup>83</sup> Sobre a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde mental, consultar o trabalho de Tânia Marchewka, 2003.

<sup>84</sup> Como exemplo de tentativa de avaliação do processo de implantação do controle de internações involuntárias consultar o trabalho de Renata C. Britto, 2004.

O Ministério da Saúde editou uma norma específica que regulamenta os procedimentos no caso de internações involuntárias e voluntárias e estabelece a criação nos estados de uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com participação do Ministério Público. Esta comissão deverá ser multiprofissional, composta minimamente por um psiquiatra, ou clínico com habilitação em psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação. Também é desejável a participação de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares nesta comissão (Portaria GM Nº 2.391/02).

As inovações trazidas pela Lei 10.216/01, principalmente as ações do próprio Ministério da Saúde, não têm sido aprovadas de forma unânime pelos idealizadores da proposta de Reforma Psiquiátrica. Entretanto, essas iniciativas têm se configurado como um caminho possível no campo, muitas vezes árido, das práticas e instituições psiquiátricas.

Basaglia colocava a importância da crítica constante no campo da psiquiatria e o seu papel fundamental, na medida que obrigava a um repensar constante, uma reflexão cotidiana indispensável para o campo. Desta forma é fundamental o exercício crítico durante o processo de implantação desta lei, que deve ser considerada, como já apontado, como um ponto de partida e não de chegada.

Finalizando, em diversos contextos e situações tem se denominado a Lei 10.216/01, ora como Lei de Saúde Mental, ora como Lei de Reforma Psiquiátrica. No desenvolvimento deste trabalho optamos pela segunda denominação, na medida em que consideramos que, embora o texto aprovado não seja condizente com a proposta inicial apresentada pelo movimento social, a lei efetivamente tornou-se um instrumento para desenvolvimento de ações e estratégias que venham garantir o processo de Reforma Psiquiátrica no nosso país. Entretanto, devemos considerar que a Reforma Psiquiátrica que a lei permite é a proposta possível para a configuração de forças existentes no campo. Não atende exclusivamente, ou inteiramente, a nenhum dos grupos de interesses estudados em especial. A formulação da política obedeceu à conciliação viável entre os interesses e poderes em cena. O desfecho possível considerou os diversos atores, cenários, contextos e as relações sempre dinâmicas entre eles.

Na etapa de implantação, já em curso, é preciso traçar estratégias que assegurem o contínuo caminhar em direção à construção de uma sociedade onde o respeito à diversidade possa concretizar em nossas instituições e em nossas relações cotidianas. Esperamos que essas estratégias engendrem a geração de novas condições de

possibilidade que permitam a transformação de fato do campo psiquiátrico em nosso país.



## Referências Bibliográficas

- AMARANTE, Paulo D. de C. (org). 1995. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- AMARANTE, Paulo D. de C. 1982. *Psiquiatria social e colônia de alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.
- AMARANTE, Paulo D. de C. 1996. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- BARROS, Denise D. 1994a. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (P. Amarante, org.). Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. pp. 171-194.
- BARROS, Denise D. 1994b. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial.
- BASAGLIA, Franco (coord). 1985. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- BASAGLIA, Franco. 1982a. Legge e psichiatria: per un'analisi delle normative in campo psichiatrico. In: *Basaglia Scritti II – 1968-1980: dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi. pp.445-466.
- BASAGLIA, Franco. 1982b. Conversazione: a proposito della nuova legge 180. In: *Basaglia Scritti II – 1968-1980: dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi. pp.473-485.
- BOBBIO, Norberto. 2000. Política. In: *Dicionário de política*. (N. Bobbio; N. Matteuci & G. Pasquino). Brasília: Editora da Universidade de Brasília. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. pp.954-962.

- BOBBIO, Norberto. 2001. Do poder ao direito e vice-versa. In: *Bobbio no Brasil: um retrato intelectual*. (C.H.Cardim, org.). Brasília: Universidade de Brasília. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. pp.135-152.
- BOBBIO, Norberto. 2003. A política. In: *Norberto Bobbio: o filósofo e a política: antologia*. Rio de Janeiro: Contraponto. pp.137-156.
- BRASIL, 1841. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. *Coleção de Leis do Brasil: Leis do Império, 1841*. v.4(2), pp. 49-50.
- BRASIL, 1852. Decreto nº 1077, de 4 de dezembro de 1852. Approva e manda executar os estatutos do Hospício de Pedro Segundo. *Coleção de Leis do Brasil: Leis do Império, 1852*. v.1, pp. 442-450.
- BRASIL, 1890a. Decreto nº 142A, de 11 de janeiro de 1890, Desannexa do hospital da Santa Casa de Misericórdia desta capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. *Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890*. v.1, p. 23.
- BRASIL, 1890b. Decreto nº 206A, de 15 de fevereiro de 1890. Approva as instruções a que se refere o decreto n.142A, de 11 de janeiro último, e crêa a assistência medica e legal de alienados. *Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890*. v.2, pp. 276-288.
- BRASIL, 1890c. Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890. Approva o regulamento para a Assistência Medico-legal de Alienados. *Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890*. v.6, pp. 1333-1351.
- BRASIL, 1890d. Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890. Cria no Hospício Nacional de Alienados uma Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. *Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890*. v.8, pp. 2456.
- BRASIL, 1890e. Decreto nº 1180, de 18 de dezembro de 1890. Cria no Hospício Nacional de Alienados um Museo Anatomo-Pathologico e dá outras providencias. *Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1890*. v.12, pp. 4412.

- BRASIL, 1892. Decreto nº 896, de 29 de junho de 1892. Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços de Assistência Medico-legal de Alienados. . *Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Executivo, 1892.* v.1, pp. 283-303.
- BRASIL, 1893. Decreto nº 1559, de 7 de outubro de 1893. Reorganiza o serviço de Assistência Medico-legal de Alienados. *Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Executivo, 1893.* v.1, pp. 689-711.
- BRASIL, 1897. Decreto nº 2467, de 19 de fevereiro de 1897. Dá novo regulamento para a Assistência Medico-legal a Alienados. . *Coleção de Leis do Brasil: Decretos do Governo Provisório, 1897.* v.1, pp. 175-203.
- BRASIL, 1899. Decreto nº 3244, de 29 de março de 1899. Reorganiza a Assistência a Alienados. *Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Executivo, 1899.* v.1, pp. 281-302.
- BRASIL, 1903. Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. *Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Legislativo, 1903.* v.1, pp. 183-189.
- BRASIL, 1904. Decreto nº 5125, de 1 de fevereiro de 1904. Dá novo regulamento à Assistência a Alienados. *Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Executivo, 1903.* v.1, pp. 60-94.
- BRASIL, 1911. Decreto nº 8834, de 11 de junho de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados. *Coleção de Leis do Brasil, 1911,* v.2, p.138. (Acessado em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br), em 1 de abril de 2004)
- BRASIL, 1921. Decreto nº 14831, de 25 de maio de 1921. Approva o Regulamento do Manicômio Judiciário. *Coleção de Leis do Brasil, 1921,* v.4, p.115. (Acessado em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br), em 13 de maio de 2004)
- BRASIL, 1927a. Decreto nº 5148A, de 10 de janeiro de 1927. Reorganiza a Assistência a Psychopathas do Districto Federal. *Coleção de Leis do Brasil, 1927,* v.1, p.18. (Acessado em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br), em 13 de maio de 2004).

BRASIL, 1927b. Decreto nº 17805, de 23 de maio de 1927. Approva o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psychopathas no Districto Federal. *Coleção de Leis do Brasil, 1927, v.2, p.198.* (Acessado em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br), em 13 de maio de 2004).

BRASIL, 1934. Decreto nº 24559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sôbre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. *Coleção de Leis do Brasil, 1934, v.4, p.351.* (Acessado em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br), em 01 de abril de 2004)

BRASIL, 1944. Decreto-Lei nº 7055, de 18 de novembro de 1944. Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. *Coleção de Leis do Brasil, 1944.* (Acessado em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br), em 01 de abril de 2004)

BRASIL, 1967. Decreto nº 60252, de 21 de fevereiro de 1967. Institui, no Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Saúde Mental e dá outras providências. *Diário Oficial da União, 23/02/1967, p.2217, col.1,* (Acessado em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br), em 01 de abril de 2004)

BRASIL, 1998. *Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998: Dispõe sobre a elaboração, a redação, alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos menciona.* (Acessado em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br), em 13 de maio de 2004)

BRASIL, 2001. *Lei 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* (Acessado em [www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br), em 15 de fevereiro de 2004)

BRASIL, 2003. *Constituição da República Federativa do Brasil: texto consolidado até a emenda constitucional nº42 de 19 de dezembro de 2003.* Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de Edições Técnicas.

- BRITTO, Renata C. 2004. *A Internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989. Projeto de Lei 3.657 de 1989. *Diário do Congresso Nacional*. 29 de setembro de 1989. pp.10.696-10.699.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1990a. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação sobre o Projeto de Lei 3.657/89. *Diário do Congresso Nacional, Seção I*. 27 de junho de 1990. pp.7880-7881.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1990b. Parecer da Comissão de Seguridade Social e Família sobre o Projeto de Lei 3.657/89. *Diário do Congresso Nacional, Seção I*. 27 de junho de 1990. pp.7881-7882.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1990c. Projeto de Lei nº 3.657-A, de 1989: Votação em turno único. *Diário do Congresso Nacional, Seção I*. 15 de dezembro de 1990. pp.14474-14478.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000. *I Caravana nacional de direitos humanos: uma amostra da realidade manicomial brasileira: relatório*. Brasília: Câmara dos Deputados.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001a. Projeto de lei nº 3.657-C, de 1989: discussão em turno único do substitutivo do Senado Federal. *Diário da Câmara dos Deputados*. 22 de março de 2001. pp.6521-6523.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001b. Parecer sobre a constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa do Projeto de Lei 3657-C, de 1989. *Diário da Câmara dos Deputados*. 28 de março de 2001. pp.7776-7777.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2001c. Projeto de lei nº 3.657-C, de 1989: discussão em turno único do substitutivo do Senado Federal. *Diário da Câmara dos Deputados*. 28 de março de 2001. pp.7775-7820.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2002. *Manual de atuação parlamentar*. Brasília: Câmara dos Deputados. 3ª edição.

- CARRARA, Sergio. 1998. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP.
- CASTEL, Robert. 1978. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Ed. Graal
- CHALUB, Miguel. 1995. A reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Informação Psiquiátrica*, vol. 14(3): 82-83.
- CHALUB, Miguel. 1997. O verdadeiro resgate da cidadania na loucura. *Informação Psiquiátrica*, vol. 16(4): 126.
- CHARAM, Isaac. 1986. *A legislação sobre doentes mentais no Brasil: revisão e estudo crítico*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL DO CEBES – RJ. 1980a. A assistência psiquiátrica no Brasil – setores público e privado: A psiquiatria no âmbito da previdência social. *Revista Saúde em Debate*, nº 10, pp. 45-48.
- COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL DO CEBES – RJ. 1980b. A assistência psiquiátrica no Brasil – setores público e privado: Condições de assistência ao doente mental. *Revista Saúde em Debate*, nº 10, pp. 49-55.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 1994. *Resolução nº 1.407/94*. (Acessado em [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1994/1407\\_1994.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1994/1407_1994.htm), em 01/09/2004).
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 1996. *Parecer nº 19/96: Reforma Psiquiátrica*. (Acessado em [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1996/19\\_1996.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1996/19_1996.htm), em 01/09/2004).
- COSTA, Jurandir F. 1989. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon.

- CREMERJ, 1997. *Resolução nº 115/1997: Institui, em toda Unidade Assistencial de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, que efetue internações psiquiátricas, a Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, cuja composição deverá receber Certificado de Registro do CREMERJ.* (Acessado em <http://www.cremerj.com.br/legislacao/mostrarResolucao.php?idResolucao=96>, em 01/09/2004).
- DALLARI, Dalmo de Abreu, 1987. Da fundamentação natural da lei à conquista dos direitos fundamentais. In: *Saúde mental e cidadania* (R.Marsiglia, et al). São Paulo: Edições Mandacaru: Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo. pp.29-43
- DAVIDSON, Laura. 2002. Human rights vs. public protection: English mental health law in crisis? *International journal of law and psychiatry*. Vol. 25, pp.491-515.
- DE GIROLAMO, Giovanni & COZZA, Massimo. 2000. The italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International journal of law and psychiatry*. Vol. 23, nº 3-4, pp.197-214.
- DELGADO, Pedro Gabriel G. 1992a. Pessoa e bens: sobre a cidadania dos curatelados. In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. (B. Bezerra Jr., P. Amarante. orgs.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará. pp.99-111.
- DELGADO, Pedro Gabriel G. 1992b. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- DELL'ACQUA, Giuseppe & MEZZINA, Roberto. 1991. Resposta à crise. In: *A loucura na sala de jantar*. (J.Delgado, org). Santos: Edição do autor. pp. 53-79.
- ESCOREL, Sarah. 1998. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 1991. Programa de atenção em saúde mental: proposta da Federação Brasileira de Hospitais. In: *II Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno de Textos*. (Ministério da Saúde, org, 1992). Brasília: Ministério da Saúde. pp.67-73.

- FIGUEIREDO, Gabriel. 2000. Reforma psiquiátrica: reflexões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 35.
- GANJU, Vijay. 2000. The mental health system in India: history, current system and prospects. *International journal of law and psychiatry*. Vol. 23, nº 3-4, pp.393-402.
- GENDREAU, Caroline. 1997. The rights of psychiatric patients in the light of the principles announced by the United Nations: a recognition of the right to consent to treatment? *International journal of law and psychiatry*. Vol. 20, nº 2, pp.259-278.
- GENTIL FILHO, Valentim. 1998. Reforma psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 25(4). (Acessado em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r254/edit254b.htm>, em 09/11/03)
- GENTIL FILHO, Valentim. 1999. A Lei Delgado e o futuro da assistência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), p.5.
- GENTIL FILHO, Valentim. 1999b. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de “Reforma Psiquiátrica”. *Revista da USP: Psiquiatria e Saúde Mental*. nº43, pp.6-24.
- GENTIL FILHO, Valentim. 2001. Projeto Delgado, Substitutivo Rocha, ou uma lei melhor? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), p.1-2.
- GERALDES, Paulo César. 1992. A cidadania da loucura na sociedade brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 41(10): 525-529.
- GOERING, Paula, WASYLENKI, Donald & DURBIN, Janet. 2000. Canada’s mental health system. *International journal of law and psychiatry*. Vol. 23, nº 3-4, pp.345-359.
- GOLDBERG, Jairo. 1994. *A clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia.
- GRABOWSKI, José Romildo. 1998. Extinção dos hospitais psiquiátricos: sim e não. *Informação Psiquiátrica*, vol. 17(4): 152.
- IMMERGUT, Ellen M. 1996. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 30, ano 11, pp. 139-165.



- INFANTE, Raffaele G.G. 1993. A psiquiatria e as políticas de reforma na atualidade brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 42(9): 461.
- ISERHARD, Raul. 1992. A propósito da idéia de fechamento dos hospitais psiquiátricos estatais. *Informação Psiquiátrica*, vol. 11(4): 125-129.
- JACOBI, Pedro Roberto, 1989. Movimentos sociais e Estado: efeitos políticos-institucionais da ação coletiva. In: *Demandas populares, políticas públicas e saúde: movimentos sociais e cidadania. (volume II)*. (N.R.Costa, M.C.Minayo, C.R.Ramos & E.N.Stotz, orgs). Petrópolis: Vozes / Abrasco. pp.13-35.
- JORGE, Miguel. R. & FRANÇA, Josimar M.F.2001. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23(1):3-6.
- KUNO, Eri & ASUKAI, Nozomu. 2000. Efforts toward building a community-based mental health system in Japan. *International journal of law and psychiatry*. Vol. 23, nº 3-4, pp.361-373.
- LABRA, Maria Eliana. 1999. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 9(2): 131-166.
- LABRA, Maria Eliana. 2002. *Política, processo decisório e informação*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, mimeo.
- LINDBLOM, Charles. 1981. *O processo de decisão política*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília.
- LINHARES, Maria Yedda (org.). 1990. *História geral do Brasil*. Rio de Janeiro: Campus.
- MACEDO, Vanda G. G. 1996. As famílias e a assistência psiquiátrica no Brasil. *Informação Psiquiátrica*, vol. 15(4): 150-151.
- MACEDO, Zedyr. 1996. A família e o tratamento do doente mental. *Saúde mental debate*. nº1, pp.9-10
- MACEDO, Zedyr. 1997. O que é ser familiar de doente mental. *Informação Psiquiátrica*, vol. 16(3): 117-119.

- MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério & MURICY, Kátia. 1978. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- MARCHEWKA, Tania. 2003. *A Reforma Psiquiátrica como Justiça Social: a atuação do Ministério Público na garantia do direito à saúde mental*. Monografia apresentada a Faculdade de Direito da Universidade de Brasília/ENSP/Especialização à Distância em Direito Sanitário. Brasília.
- MEDEIROS, Tácito Augusto. 1977. *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MESTER, Roberto *et al.* 1998. The new Israeli psychiatric legislation for the minor (1995) and its relationship to the 1991 law for the treatment of the mentally ill. *International journal of law and psychiatry*. Vol. 21, nº 3, pp.281-289.
- MINAYO, Maria Cecília de S. 1994. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988. *I Conferência nacional de saúde mental: relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. *Relatório final da 2ª conferência nacional de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MORGADO, Anastácio F. & LIMA, Lucia A. 1994. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 43(1): 19-28.
- MORGADO, Anastácio F. & LIMA, Lucia A. 1995. Asilo e hospital psiquiátrico: ainda são necessários na era da saúde mental comunitária? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44(11): 551-558.

- MORGADO, Anastácio F.. 1996. Reforma psiquiátrica e criminalização do doente mental na Itália: por isso os psiquiatras negam-se a cuidar do doente. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 45(7): 435.
- MOURA NETO, Francisco D. M. de, 1987. Bases para uma reforma psiquiátrica. In: *Saúde mental e cidadania* (R.Marsiglia, et al). São Paulo: Edições Mandacaru:Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo.pp.57-65.
- MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1997a. Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial - 1993. In: *Trancar não é tratar: liberdade é o melhor remédio*. 1997. (Conselho Regional de Psicologia, 6ª região). São Paulo: CRP06. pp. 82-107.
- MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1997b. Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial - 1995. In: *Trancar não é tratar: liberdade é o melhor remédio*. 1997. (Conselho Regional de Psicologia, 6ª região). São Paulo: CRP06. pp.162-180.
- MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1997c. *Relatório do III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial: por uma sociedade sem exclusões – 1997*. Porto Alegre: Fórum Gaúcho de Saúde Mental.
- MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 1999. *Relatório do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial: novas formas de produção de sentido – 1999*. Paripueira: Núcleo Estadual de Saúde Mental de Alagoas.
- NASCIMENTO, Nilcea Maria de F. 1993. Situação real do doente mental. *Informação Psiquiátrica*, vol. 12(2): 79-80.
- NICÁCIO, Maria Fernanda de S. 1994. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: PUC.
- NICK, Elieth & OLIVEIRA, Suely B. 1999. Carta ao Editor. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 48(10):479.
- NOGUEIRA, Alexandre & MORGADO, Anastácio F. 1998. Reforma psiquiátrica brasileira: dois projetos de lei. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(12): 619-625.

- OLIVETTI, Nino. 2000. Processo legislativo. In: *Dicionário de política*. (N. Bobbio; N. Matteuci & G. Pasquino). Brasília: Editora da Universidade de Brasília. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado. pp.966-1006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2001. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS/OPAS.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. 1990. *Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação: memórias da Conferência Regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica. Caracas, Venezuela, 11-14 nov. 1990*. Milão: Organização Panamericana de Saúde, Instituto Mario Negri.
- PEREIRA, Rosemary C. 1997. *Lugar de louco é no hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- RESENDE, Heitor. 1987. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (S.A.Tundis & N.R.Costa, orgs). Petrópolis: Ed. Vozes. pp. 15-73.
- RIBEIRO, Ricardo de C. 1993. A desinstitucionalização, Rotelli, e a nossa realidade. *Informação Psiquiátrica*, vol. 12(3): 119-120.
- RODRIGUES NETO, Eleutério. 1997. A via do parlamento. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. (S.Fleury, org). São Paulo: Lemos Editorial. pp.63-91.
- RORIS, Ricardo de Sá. 1998. Extinção do hospital psiquiátrico: liberdade ou exclusão final do paciente crônico? *Informação Psiquiátrica*, vol. 17(1): 39.
- ROTELLI, Franco & AMARANTE, Paulo. 1992. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. (B. Bezerra Jr., P. Amarante, orgs.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará. pp.41-55.

- ROTELLI, Franco 1992. A lei 180 e a reforma psiquiátrica italiana: história e análise atual: entrevista com Franco Rotelli. In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. (B. Bezerra Jr., P. Amarante. orgs.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará. pp.91-97.
- ROTELLI, Franco. 1991. A lei 180 da reforma psiquiátrica: os problemas na sua aplicação. *Divulgação em saúde para debate – Cebes*. nº 4. pp. 119-122.
- ROTELLI, Franco. 1994. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (P. Amarante, org.). Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. pp. 149-169.
- ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota & MAURI, Diana. 2001. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Ed. Hucitec. 2ª edição.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1989. O desserviço prestado pela antipsiquiatria. *Informação Psiquiátrica*, vol. 8(1): 2.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1990. O hospital e as internações psiquiátricas. *Informação Psiquiátrica*, vol. 9(3): 75.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1991. Manicômios e hospitais psiquiátricos. *Informação Psiquiátrica*, vol. 10(4): 98.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1992. O paciente crônico. *Informação Psiquiátrica*, vol. 11(4): 123.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1993. O que tem de biológico na psiquiatria?. *Informação Psiquiátrica*, vol. 12(supl.1): S3.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1995. Um feliz 95 para a psiquiatria. *Informação Psiquiátrica*, vol. 14(1): 4.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1996. Uma luz no fim do túnel. *Informação Psiquiátrica*, vol. 15(1): 2.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1997a. Psiquiatria e saúde mental. *Informação Psiquiátrica*, vol. 16(1): 2-3.

- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1997b. Otimismo x pessimismo terapêutico. *Informação Psiquiátrica*, vol. 16(2): 46-47.
- SAIDE, Osvaldo Luiz. 1999. Racionalizando custos em saúde mental. *Informação Psiquiátrica*, vol. 18(1): 1-2.
- SALLES, José C. Ferraz. 1991. Carta ao Jornal Brasileiro de Psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 40(2):102-104.
- SENADO FEDERAL, 1991a. Emenda nº 1, ao Projeto de Lei da Câmara nº8, de 1991. *Pauta da 13ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal*. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais. pp. 159-161.
- SENADO FEDERAL, 1991b. Emenda nº 2, ao Projeto de Lei da Câmara nº8, de 1991. *Pauta da 13ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal*. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais. pp. 162-164.
- SENADO FEDERAL, 1991c. Emenda nº 3, ao Projeto de Lei da Câmara nº8, de 1991. *Pauta da 13ª Reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal*. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais. p. 165.
- SENADO FEDERAL, 1991d. Parecer da Comissão de Assuntos Sociais sobre o projeto de lei da Câmara nº 8/91. *Pauta da 13ª reunião da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal*. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais. pp. 133-158.
- SENADO FEDERAL, 1995a. Parecer nº 896, de 1995 da Comissão de Assuntos Sociais sobre Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991. *Diário do Senado Federal*. 13 de dezembro de 1995. pp.5507-5513.
- SENADO FEDERAL, 1995b. Declaração de voto na Comissão de Assuntos Sociais, sobre Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991. *Diário do Senado Federal*. 13 de dezembro de 1995. pp.5518-5519.

- SENADO FEDERAL, 1995c. Voto em separado, vencido, do Senador Lúcio Alcântara 'ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991. *Diário do Senado Federal*. 13 de dezembro de 1995. pp.5513-5518.
- SENADO FEDERAL, 1998a. Parecer nº 688 de 1998 (de plenário). *Diário do Senado Federal*. 15 de dezembro de 1998. pp.18685-18697.
- SENADO FEDERAL, 1998b. Projeto de Lei da Câmara, nº 8, de 1991: Discussão em turno único. *Diário do Senado Federal*. 16 de dezembro de 1998. pp.18937-18953.
- SENADO FEDERAL, 1999a. Parecer nº 27, de 1999, De Plenário em substituição à Comissão de Assuntos Sociais, sobre as emendas de Plenário oferecidas em turno suplementar ao Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991. *Diário do Senado Federal*. 13 de janeiro de 1999. pp.1395-1406.
- SENADO FEDERAL, 1999b. Substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara, nº 8, de 1991: votação em turno suplementar. *Diário do Senado Federal*. 14 de janeiro de 1999. pp.1446-1450.
- SENADO FEDERAL, 1999c. Adendo ao parecer emitido ao projeto de lei da Câmara nº 8, apresentado em plenário pelo relator das emendas de plenário em turno suplementar, em 12/01/1999. *Diário do Senado Federal*. 22 de janeiro de 1999. pp.1959-1962.
- SENADO FEDERAL, 1999d. Substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara, nº 8, de 1991: votação em turno suplementar. *Diário do Senado Federal*. 22 de janeiro de 1999. pp.1958-1970.
- SILFVERHIELM, Helena & KAMIS-GOULD, Edna. 2000. The swedish mental health system: past, present and future. *International journal of law and psychiatry*. Vol. 23, nº 3-4, pp.293-307.
- SILVA, Ana Carla S.S da. 2000. *Reformando a vida: o desafio na inserção social e na construção da cidadania de usuários de saúde mental* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

- SILVA, Francisco Carlos T. da. 2000. Brasil, em direção ao século XXI. In: *História geral do Brasil*. (M.Y.Linhares, org). Rio de Janeiro: Campus. pp.385-445.
- SILVEIRA, Paulo Roberto. 1997. Políticas e estratégias de saúde no sistema único de saúde, de saúde pública e de saúde mental. *Informação Psiquiátrica*, vol. 16(1): 24-33.
- SOALHEIRO, Nina Isabel. 2003. *Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SOUZA, Waldir da S. 1999. *Associações de usuários e familiares frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro (1991-1997)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- TEIXEIRA, Isso Jorge. 1997. O projeto-de-lei Paulo Delgado e a antipsiquiatria. *Informação Psiquiátrica*, vol. 16(2): 57-63.
- UNITED NATIONS. 1991. *Resolution 46/119: the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care: 75th plenary meeting, 17 December 1991*. (Acessado em <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>, em 27/07/2004)
- VIANNA, Ana Luiza. 1996. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. 30 (2): 5-43.
- WHITEFORD, Harvey, THOMPSON, Ian & CASEY, Dermot. 2000. The Australian mental health system. *International journal of law and psychiatry*. Vol. 23, nº 3-4, pp.403-417.
- WILSON, Janice. 2000. Mental health services in New Zealand. *International journal of law and psychiatry*. Vol. 23, nº 3-4, pp.215-228.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1996a. *Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders*. Geneva: WHO / Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1996b. *Mental health care law: ten basic principles*. Geneva: WHO / Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.

ZARAMELLA, Mira. 1996. Dona Margot: “a dor me fez forte”. *Saúde mental debate*. n°1, pp.11-12.

# ANEXOS

# Anexo I

**DECRETO Nº 24.559 – DE 3 DE JULHO DE 1934**

***Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.***

O Chefe do Govêrno Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, usando das atribuições que lhe confere o art. 1º do decreto n. 19.398, de 11 de novembro de 1930,

**DECRETA:**

**Art. 1º** A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal ;
- b) dár amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene pstquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

**Art. 2º** Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos Juízes de Órfãos, o Juiz de Menores, o chefe de Polícia do Distrito Federal, o diretor geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o psiquiatra diretor do Serviço de Profilaxia Mental, os professores catedráticos das Clínicas Psiquiátrica, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública e Higiêne, da Universidade do Rio de Janeiro, um representante do Instituto da Ordem dos Advogados, por êste escolhido, um representante da Assistência Judiciária por ela indicado, e cinco representantes de Instituições privadas de assistência social, dos quais um será o presidente da Liga Brasileira de Higiêne Mental e os demais designados pelo ministro da Educação e Saúde Pública.

§ 1º O presidente nato do Conselho é o ministro da Educação e Saúde Pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas.

§ 2º Ao Conselho incumbirá:

I – Estudar as problemas sociais relacionados com proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Govêrno as medidas que devam ser tomadas para benefício dêstes, coordenando iniciativas e esforços nêsse sentido.

II – Auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental e cooperar com organizações públicas ou particulares de fins humanitários, especialmente instituições de luta contra os grandes males sociais.

**Art. 3º** A proteção legal e a prevenção a que se refere o art.1º dêste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social.

§ 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria familia ou, de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.

§ 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a êles destinados ou em secções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos dêsse gênero.

§ 3º Não é permitido manter doentes com distúrbios mentais em hospitais de clínica geral a não ser nas seções especiais de que trata o parágrafo único do art. 4º.

§ 4º Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém, o disposto no art. 10.

§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

**Art. 4º** São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social.

Parágrafo único. Esses estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares deverão:

a) ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, dispôr de pessoal idôneo moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente;

b) estar convenientemente instalados em edifícios adequados, com dependências que permitam aos doentes completa separação dos sexos convenientes distribuição de acôrdo também com as suas reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre:

c) dispôr dos recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos.

**Art. 5º** É considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de doente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas, ou quem tiver, pelo menos durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, autorizado.

**Art. 6º** Quem pretender fundar estabelecimento psiquiátrico deverá requerer ao ministro da Educação e Saúde Pública a necessária autorização, anexando à petição os seguintes documentos:

a) provas de que o estabelecimento preenche as condições exigidas no parágrafo único do art. 4º;

b) declaração do número de doentes que poderá comportar;

c) declaração de que o mesmo observará o regime aberto, ou mixto, e receberá somente psicopatas ou também outros doentes, precisando, neste caso, a inteira separação dos locais reservados a uns e outros.

§ 1º Deferido o requerimento, se tiver merecido parecer favorável da comissão Inspetora, recolherá o requerente aos cofres públicos a taxa anual de fiscalização estipulada pelo Governo, de acôrdo com a alínea b, deste artigo.

§ 2º Quando a direção de um estabelecimento psiquiátrico pretender aumentar a lotação dos doentes, submeterá ao ministro, devidamente informado pela Comissão Inspetora, e respectiva Repartição de Engenharia, a documentação comprobatória de que as novas construções permitirão o acréscimo requerido.

§ 3º Todos os documentos e planos relativos à fundação e ampliação de qualquer estabelecimento psiquiátrico particular deverão ser sempre conservados por forma a permitir à Comissão Inspetora o respectivo exame, quando entender conveniente.

**Art. 7º** Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quando ao regimen, em abertos, fechados e mixtos.

§ 1º O estabelecimento aberto, ou a parte aberta do estabelecimento mixto, destinar-se-á a receber:

a) os psicopatas, os toxicómanos e intoxicados habituais referidos no § 5º do art. 3º que necessitarem e requererem hospitalização.

b) os psicopatas, os toxicómanos e intoxicados habituais que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrarem, necessitarem de internação e não a recusarem de modo formal;

c) os indivíduos suspeitos de doença mental que ameaçarem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização;

d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.

§ 2º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento mixto, acolherá:

a) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que, por suas reações perigosas, não devam, permanecer em serviços abertos;

b) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária.

§ 3º Nos casos de simples suspeita de afecção mental, serão devidamente observados em seções próprias, antes da internação definitiva.

**Art. 8º** Afim de readaptar à vida social os psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime de família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência hetero-familiar.

**Art. 9º** Sempre que, por qualquer motivo, fôr inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

**Art. 10.** O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

**Art. 11** A internação de psicopatas toxicómanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do conjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

§ 1º Para a internação voluntária, que somente Poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento mixto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova da maioria do requerente e de ter se avistado com o internando há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-há por ordem do juiz.

§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica serão sujeitos a exame na Secção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia.

**Art. 12.** Serão documentos exigidos para toda, internação, salvo nos casos previstos neste decreto: atestado médico, que será dispensado somente quando se tratar de ordem judicial, o certificado de idoneidade de internando.

§ 1º O atestado médico poderá ser substituído por guia do médico da Secção da Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, do chefe de qualquer dispensário da assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental ou do médico do respectivo hospital.

§ 2º Não poderá lavrar o atestado ou a guia de que trata este artigo o médico que :

- a) não tiver diploma registrado na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social;
- b) requerer a internação;
- c) fôr parente consanguíneo ou afim em linha, reta ou colateral até o segundo grau, inclusive, do internando;
- d) fôr sócio comercial ou industrial do internando.

§ 3º Esses atestados ou guias só terão valor se apresentados dentro de 15 dias, a contar da data em que tiverem sido firmados, não poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente.

§ 4º Esses documentos deverão declarar quais as perturbações psíquicas ou manifestações suspeitas do paciente, que justifiquem a necessidade ou conveniência de sua internação.

§ 5º O certificado de identidade deverá conter nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, côr, profissão, estado civil, residência, e outros esclarecimentos que também possam servir para respectiva comprovação.

**Art. 13.** A admissão de enfermo proveniente de outro estabelecimento psiquiátrico só poderá efetuar-se, se o requerente apresentar:

I, cópia legalizada dos documentos da primeira admissão;

II, atestado do estabelecimento donde provier o doente, afirmando que o mesmo continua a necessitar de tratamento em estabelecimento psiquiátrico e declarando qual o seu regime de hospitalização.

Parágrafo único. Na falta dessa documentação comprobatória, deverão ser observadas as exigências estabelecidas para primeira internação.

**Art. 14.** Nos casos urgentes, em que se tornar necessário, em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá êle ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestação médica, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata.

Parágrafo único. O certificado de identidade e o requerimento do representante do doente deverão, porém, ser apresentados no prazo de 48 horas.

**Art. 15.** Todo estabelecimento psiquiátrico deverá inscrever em livro rubricado pela Comissão Inspetora o nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, côm, profissão, estado civil e residência do indivíduo admitido, data da sua entrada, todos os documentos relativos à internação, e nome e residência das pessoas por êle, responsáveis.

Parágrafo único. Neste registro a Comissão Inspetora consignará as observações que entender necessárias.

**Art. 16.** Uma vez hospitalizado, deverá o paciente ser imediatamente examinado pelo médico de plantão, que redigirá uma nota clínica, tão minuciosa quanto possível, visando o estado somático e mental do internado, e fazendo, especialmente, ressaltar a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis.

**Art. 17.** A observação de cada hospitalizado deverá ser mantida sempre em dia, com o histórico da sua afecção e a exposição do tratamento seguido.

**Art. 18.** No caso de sua transferência da parte aberta para a fachada do mesmo estabelecimento, será exigida guia do médico de serviço, que contenha as informações fornecidas pelo doente e pela família, os dados recultantes do exame psíquico e somático, bem como os motivos que justifiquem essa mudança de regime.

**Art. 19.** Ao psicopata, toxicomano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública.

Parágrafo único. Negada a alta, o diretor do estabelecimento enviará imediatamente um relatório à Comissão Inspetora, expondo as razões da recusa.

**Art. 20.** Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou mixto, qualquer paciente, depois de concedida alta pelo médico assistente, com exceção dos internados judiciais, dos que forem enviados com a nota de detido pelas autoridades policiais ou militares e dos que forem internados pelas corporações militares. A alta será imediatamente comunicada, para os devidos fins, às respectivas autoridades, que deverão providenciar, sem demora, sôbre a retirada do paciente.

**Art. 21.** Salvo o caso de iminente perigo para a ordem pública, para o próprio paciente ou para outros, não será recusada a retirada do internado em qualquer estabelecimento quando requerida:

a) pela pessoa que pediu a internação;

b) por cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maioridade até o 4º grau inclusive, na falta daqueles;

c) por curador ou tutor.

§ 1º O requerente deverá responsabilizar-se pelo tratamento e cuidados exigidos pelo estado mental do paciente.

§ 2º Quando as pessoas acima referidas divergirem relativamente à retirada, será êsse fato comunicado à Comissão inspetora para decidir.

§ 3º Quando for recusada a retirada, o diretor do, estabelecimento comunicará, imediatamente, à Comissão Inspetora os motivos da recusa.

§ 4º Quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si proprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação.



**Art. 22.** O diretor do estabelecimento, quando a alta não se justificar, poderá, após informe do médico assistente sobre o estado do psicopáta, conceder-lhe licença pelo prazo máximo de seis meses, se fôr requerida.

§ 1º O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes:

I – Promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar;

II – Promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábitos;

III – Averiguar o estado de cura definitiva colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais;

IV – Precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

§ 2º Quer a licença requerida, quer a de experiência dispensarão as formalidades de reentrada, salvo se esta não se realizar findo o respectivo prazo.

§ 3º Quando não houver inconveniente, o médico assistente poderá prorrogar a licença e neste caso subsistirá válida por igual tempo a primeira matrícula.

**Art. 23.** Qualquer psicopáta evadido de estabelecimento público ou particular poderá ser readmitido, independentemente de novas formalidades, antes de decorridos mais de trinta dias da sua fuga, persistindo os motivos da anterior admissão.

**Art. 24.** O diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou mixto, enviará mensalmente à Comissão Inspetora um boletim do movimento de entradas e saídas no mês anterior, devendo também comunicar-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas no mesmo estabelecimento.

**Art. 25.** O serviço de profilaxia mental destina-se a concorrer para a realização da profilaxia das doenças nervosas e mentais, promovendo o estudo das causas destas doenças no Brasil, e organizando-se como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva.

§ 1º Para segurança dessas finalidades, o Govêrno providenciará no sentido de serem submetidos a exame de sanidade os estrangeiros que se destinarem a qualquer parte do território nacional, e os que requererem naturalização, sendo que, neste caso, o exame deverá precisar, especialmente, o estado neuro-mental do requerente.

§ 2º Os portadores de qualquer doença mental ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados, mediante acôrdo com os govêrnos dos respectivos países de origem.

## **DA PROTEÇÃO Á PESSÔA E BENS DOS PSICOPATAS**

**Art. 26.** Os Psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil

Parágrafo único. Supre-se a incapacidade pelo modo instituído na legislação civil ou pelas alterações constantes do presente decreto.

**Art. 27.** A proteção do doente mental é assegurada pelos cuidados de pessoa da família, do responsável legal ou do médico diretor do estabelecimento em que estiver internado.

§ 1º O psicopata recolhido a qualquer estabelecimento, até o 90º dia de internação, nenhum ato de administração ou disposição de bens poderá praticar senão por intermédio das pessoas referidas no art. 454 do Código Civil, com a prévia autorização judicial, quando for necessária.

§ 2º Findo o referido prazo, se persistir a doença mental e o psicopata tiver bens rendas ou pensões de qualquer natureza, ser-lhe-á nomeado, pelo tempo não excedente de dois anos, um administrador provisório, salvo se ficar provada a conveniência da interdição imediata com a conseqüente curatela.

§ 3º Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretada pela autoridade judiciária competente a respectiva interdição, promovida obrigatoriamente pelo Ministério Público, se dentro de, 15 dias não o for pelas pessoas indicadas no art. 447 ns. I e II do Código Civil.

§ 4º As medidas previstas neste artigo, salvo a de interdição, serão promovidas em segredo de justiça.

**Art. 28.** Ao administrador provisório, bem como ao curador, poderá o juiz abonar uma remuneração razoável tendo sempre em vista a natureza e extensão dos encargos e as possibilidades econômicas do psicopata.

§ 1º O administrador provisório e o curador são obrigados a prestar contas trimestralmente, sob pena de destituição ex-officio, à autoridade judiciária competente, contas que deverão ser devidamente documentadas e acompanhadas de exposição detalhada sobre o desempenho das funções, o estado e a situação dos bens do psicopata, salvo o caso do art. 455 do Código Civil.

§ 2º A administração provisória e a curatela cabem às pessoas designadas no art. 454 do Código Civil.

§ 3º No despacho que nomear o administrador provisório ou na sentença que, decretar a interdição, o juiz, tendo em conta o estado mental do psicopata, em face das conclusões da perícia médica, determinará os limites da ação do administrador provisório ou do curador, fixando assim, a incapacidade absoluta ou relativa do doente mental.

§ 4º De decisão que decretar, ou não, a administração provisória ou a curatela, caberá recurso de agravo de instrumento.

**Art. 29.** Os psicopatas egressos dos estabelecimentos psiquiátricos da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, bem como os atendidos nos seus dispensários psiquiátricos e que não tiverem sido internados, serão amparados e orientados pela secção de Assistência Social do Serviço de Profilaxia Mental.

**Art. 30.** Será sempre permitido a qualquer pessoa mantida em domicílio ou internada em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, reclamar e quem de direito, por si ou por outros, novo exame de sanidade mental, o qual, no último caso, não poderá ser feito por médicos do estabelecimento em que a pessoa se achar.

**Art. 31.** A correspondência dos internados dirigida a qualquer autoridade, não poderá ser violada pelo pessoal do estabelecimento, o qual será obrigado a fazê-lo seguir a seu destino sem procurar conhecer do conteúdo da mesma.

**Art. 32.** Para o fim de zelar pelo fiel cumprimento dos artigos d presente decreto que visam assegurar aos psicopatas o bem estar, a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal, fica constituída do Distrito Federal uma Comissão Inspecora, composta de um juiz de direito, que será o seu presidente, de um dos curadores de órfãos e de um psiquiátrica do quadro da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, todos escolhidos pelo Governo, servindo em comissão.

§ 1º Junto à Comissão Inspecora servirá como secretário um funcionário do Ministério da Educação e Saúde Pública, designado pelo Ministro.

§ 2º Nos Estados a Comissão Inspecora é constituída do Procurador da República, do juiz federal e de um psiquiatra ou de um médico que se tenha revelado cultor desta especialidade, nomeado pelo Governo do Estado.

§ 3º Para os estabelecimentos particulares, as infrações dos preceitos deste decreto serão punidas com multa de 200\$000 a 2:000\$000, imposta pela Comissão Inspecora no Distrito Federal e pela dos Estados, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Código Penal.

§ 4º No caso de reincidência da direção de estabelecimento particular, poderá ser cassada pelo Ministro da Educação e Saúde Pública a autorização para o seu funcionamento, mediante proposta da Comissão Inspecora.

§ 5º Na falta de pagamento da multa que deverá ser recolhida ao Tesouro Nacional dentro do prazo de 5 dias, será ela cobrada executivamente, como renda da União.

**Art. 33.** Quando o paciente, internado em qualquer estabelecimento psiquiátrico, for possuidor de bens ou receber rendas ou pensões de qualquer natureza, não tendo tutor ou curador, a respectiva direção comunicará, sem demora, êsse fato à Comissão Inspecora, para que esta providencie no sentido de acautelar aquêle patrimônio, na conformidade das disposições do presente decreto.

**Art. 34.** Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 3 de julho de 1934, 113º da Independência e 46º da República.

**GETULIO VARGAS.**  
Washington Ferreira Pires.  
Francisco Antunes Maciel.

# Anexo II

## Projeto de Lei Nº 3.657-A, de 1989

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art 1º** – Fica proibida, em todo 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 planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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 deveser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

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

§ 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.

§ 3º – A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a 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.

## JUSTIFICAÇÃO

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. Seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da “Lei Basaglia”. A inexistência de limites legais para o poder de seqüestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção.

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto, desde o paradigmático “Manual de Serviço”, do antigo INPS, em 1973, de que foi co-autor o Prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da luta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão “disciplinar” e “controlar” a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo de fato a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, que os mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, científica, de novas alternativas assistenciais. O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso “colapso” do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção.

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente), a instância judiciária intervém sistematicamente, cerceando o poder de seqüestro de psiquiatra. No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas, deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-seqüestro, e o respeito aos direitos do cidadão internado.

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar – **da única forma possível** – o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.

Sala das Sessões, de setembro de 1989. – Paulo Delgado, PT-MG

# Anexo III

**PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8, DE 1991**  
**(Nº 3.657B, de 1989, na Casa de Origem)**

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art 1º** – Fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

§ 1º - Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

§ 2º - Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

**Art. 2º** – As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento, como 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.

§ 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.

§ 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.

§ 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 deveser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 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.

§ 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 (vinte e quatro) horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3º – A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a 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.

*Publicado no Diário do Congresso Nacional (Seção II), 19 de fevereiro de 1991, pp.207-208*



# Anexo IV

## EMENDA SUBSTITUTIVA AO PLC 08, DE 1991, que

**Dispõe sobre o devido processo legal das internações e desinternações hospitalares de natureza psiquiátrica e estabelece regras e procedimentos gerais para a substituição gradual do sistema hospitalocêntrico de atenção aos doentes mentais por um sistema de recursos integrados alternativos.**

**(Senador José Paulo Bisol)**

**Art. 1º.** - Com fundamento em doença ou distúrbio mental ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal, nos termos do artigo 5º, inciso LIV, da Constituição Federal.

**Art. 2º.** - A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico especializado que fundamente o procedimento e assegure a capacidade do internando para formar e manifestar vontade e para compreender a natureza de sua decisão.

**Parágrafo Único** - Fora das hipóteses do artigo 4º. desta lei, fica proibida a utilização de leitos contratados ou administrados pela administração pública nas internações voluntárias, aspecto sob o qual ela em nada se diferencia das demais.

**Art. 3º.** - As demais internações exigirão laudo de médico especializado pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento, devendo o texto descrever a doença ou distúrbio mental, seus sintomas, caracteres e efeitos, definindo e demonstrando a necessidade do procedimento de conformidade com o disposto no artigo 4º. desta lei.

**Parágrafo único** - A internação em leito pertencente a Administração Pública ou por ela contratado ou financiado exigirá, também, guia de encaminhamento emitida por médico dos serviços públicos.

**Art. 4ª.** - A internação será necessária:

I - quando pela natureza da doença ou do surto por ela provocado não se conheçam outras alternativas de igual ou superior eficácia para o tratamento;

II - quando pela natureza dos sintomas ou efeitos comportamentais da doença ou do surto por ela provocado, as outras alternativas de tratamento colocariam em risco valores fundamentais da existência, integridade ou dignidade do paciente ou de terceiros;

III - quando a concreta infraestrutura de assistência e tratamento psiquiátrico não oferecer recurso de superior ou igual eficácia, hipótese em que o procedimento adotado se afeiçoara, no possível, ao que deveria ser.

**Art. 5º.** - Os documentos referidos pelos artigos 2º. e 3º., ou cópias autênticas ou autenticadas deles, serão remetidas pelo estabelecimento que realizar a internação ao Representante local do Ministério Público, dentro do prazo de vinte e quatro (24) horas.

**Parágrafo Único** - O descumprimento do disposto neste artigo sujeitará os responsáveis a interpelação do Representante local do Ministério Público e, se for o caso, a instauração do processo previsto pelo artigo 7º. desta lei.

**Art. 6º.** - A divulgação ou revelação, sem justa causa, dos documentos mencionados pelos artigos 2º., 3º. e 5º. e do expediente referido pelo parágrafo único do artigo 7º. desta lei sujeita o responsável às sanções previstas pelo código Penal para a violação de segredo.

**Art. 7º.-** Em qualquer caso, o Ministério Público poderá requisitar complementos e informações do autor do laudo e da direção do estabelecimento, ouvir o paciente, seus familiares e quem mais julgar conveniente, inclusive outros especialistas, autorizados a examinar o internado para o efeito de oferecerem parecer escrito.

**Parágrafo Único** - A documentação e, se for o caso, o expediente que resultar dessas providências serão arquivados para os fins do artigo 12 desta lei se não for o caso de provocação judicial para efeitos de desinternação, aprofundamento da investigação ou apuração de responsabilidades penais e civis, processos que tramitarão em segredo de justiça.

**Art. 8º** - A desinternação será devida:

I - quando cessar o surto ou a doença ceder ao tratamento, sobrevindo recuperação suficiente para determinar a imediata reintegração do paciente na coexistência social;

II - quando, nas hipóteses do inciso I do artigo 4º. desta lei, sobrevierem conhecimentos e técnicas em favor de outras alternativas superiores de tratamento e for possível a elas recorrer;

III - quando, nas hipóteses do inciso II do mesmo artigo os sintomas ou efeitos comportamentais da doença ou do surto por ela provocados passarem a recomendar outras alternativas de tratamento sem risco para os valores fundamentais da existência, integridade ou dignidade do paciente ou de terceiros.

IV - quando, nas hipóteses do inciso III do mesmo artigo sobrevierem condições infraestruturais que ofereçam ao paciente recursos de igual ou superior eficácia.

**Art. 9º.** - Para realizar a desinternação o médico responsável entregará ao estabelecimento o documento de alta, que será fundamentado a luz do artigo 8º. desta lei.

**Parágrafo Único** - Realizada a desinternação, a direção do estabelecimento, em vinte e quatro (24) horas, encaminhará o documento, ou cópia autêntica ou autenticada dele, ao Representante local do Ministério Público que poderá agir de acordo com o artigo 7º. desta lei.

**Art. 10** - O Ministério Público, os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde bem como as instâncias de fiscalização, controle e execução do Sistema Único de Saúde deverão zelar solidariamente pela reinserção social dos desinternandos tomando as providências cabíveis nas hipóteses de abandono, isolamento ou marginalização do doente mental.

**Art. 11.** - Dentro do prazo de noventa (90) dias, a contar da promulgação desta lei, os estabelecimentos que mantêm doentes mentais internados encaminharão ao Representante local do Ministério Público, em relação a cada um deles, a documentação prevista por seus dispositivos, conforme se trate de internação voluntária ou não.

**§ 1º** - Se no prazo deste artigo ocorrer desinternação a documentação poderá circunscrever-se ao que a ela diz respeito, nos termos do artigo 9º. desta lei.

**§ 2º.** - O Ministério Público, nos casos previstos por este artigo, poderá agir de conformidade com o disposto no artigo 7º. desta lei.

**Art. 12.** - O Ministério Público instalará e manterá, a nível estadual, serviço especial de conhecimento, documentação e controle das internações e desinternações de natureza psiquiátrica, para o que contará com a cooperação dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e das instâncias de fiscalização, controle e execução do Sistema Único de Saúde.

**Art. 13** - Compete às instâncias de fiscalização, controle e execução do Sistema Único de Saúde para este efeito designadas proceder a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, encaminhando ao Ministério Público relatório e parecer sobre as irregularidades

apuradas.

**Art. 14** - A Reforma Psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de atenção ao doente mental por uma rede integrada de serviços assistenciais diversificados, tais como ambulatorios, unidades de emergência psiquiátrica em hospitais gerais, unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção intensiva, centros de atenção integral, lares abrigados, pensões protegidas, cooperativas, oficinas de atividades construtivas e similares.

**Art.15** - Ficam proibidas a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a criação de novos leitos nos existentes.

**Parágrafo Único** - Esta proibição não abrange os estabelecimentos destinados ao cumprimento de decisões judiciais que determinam a internação de doentes mentais com fundamento na lei penal.

**Art.16** - Fica proibida a contratação ou financiamento, pela administração pública, de novos leitos em hospitais psiquiátricos, ressalvado o disposto no artigo 4º. desta lei.

**§ 1º.** - Os contratos e financiamentos existentes não serão renovados ou serão extintos na medida em que a implantação do novo modelo de atendimento psiquiátrico torná-los desnecessários ou substituíveis.

**§ 2º.** - Os contratos ou financiamentos de leitos que remanescerem como necessários somente serão renovados enquanto não forem substituídos por recursos alternativos de igual ou superior eficácia e se o padrão de qualidade dos serviços hospitalares corresponder às exigências mínimas A aos parâmetros que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde darão a conhecer, no prazo de noventa (90) dias a contar da publicação desta lei, por meio de circular publicada no respectivo Diário Oficial e remetida a todos os hospitais psiquiátricos e a todos os hospitais gerais que tiverem unidades psiquiátricas.

**Art. 17** - Ao iniciar-se o segundo semestre de 1996 o Conselho Nacional de Saúde encaminhará relatório da reforma psiquiátrica aos Presidentes do Senado e da Câmara, às suas comissões de Saúde ou Assuntos Sociais e aos líderes dos partidos representados no Congresso, devendo constar do texto a avaliação do que até então se tenha feito em nome dela e do que ainda estiver por fazer para lhe dar o acabamento definitivo, bem como a descrição dos avanços quantitativos e qualitativos dos serviços de atenção aos doentes mentais, de modo a concluir com parecer sobre a atualização legislativa da matéria, especialmente em relação a conveniência de manter, ampliar, reduzir, suprimir, substituir ou alterar os mandamentos proibitivos desta lei.

**Art. 18** - A Reforma Psiquiátrica, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá necessariamente os níveis federal, estadual e municipal, atendidas as peculiaridades regionais e locais e respeitadas as definições constitucionais e legais de competência, bem como o caráter necessariamente articulado e integrado do Serviço Único de Saúde.

**Parágrafo 1º.** - As Secretarias de Saúde providenciarão comissões estaduais e municipais de Reforma Psiquiátrica, subordinadas aos Conselhos de Saúde e constituídas por trabalhadores de saúde mental, autoridades sanitárias, usuários dos serviços, seus familiares e representantes da Ordem dos Advogados e da comunidade científica para a elaboração, acompanhamento e implantação do estabelecido neste artigo.

**§ 2º.** - As Secretarias de Saúde e as comissões de Reforma Psiquiátrica disporão de um (1) ano, a contar da promulgação desta lei, para apresentar aos Conselhos de Saúde e às Comissões de Orçamento do Poder Legislativo, em seus níveis, o planejamento e o cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

**§ 3º.** - As Secretarias Municipais de Saúde também providenciarão a formação de conselhos comunitários de atenção aos doentes mentais, competindo-lhes cooperar com o Ministério Público, bem como assistir, auxiliar e orientar as famílias dos doentes mentais, inclusive para o efeito de prepará-las para o retorno dos que foram internados.

**Art. 19** - 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.

**Relator Senador José Paulo Bisol**

# Anexo V

## **Emendas apresentadas à CAS – Senador Lúcio Alcântara**

### **EMENDA Nº1 -CAS**

Dá-se a seguinte redação à ementa:

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

### **EMENDA Nº2-CAS**

Dá-se a seguinte redação ao artigo 2º:

Art 2º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário para a instalação e funcionamento de serviços não-manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva substituição dos leitos de característica manicomial.

§ 1º. Os órgãos de gestão nacional, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde disporão do prazo de um ano, contado da data da publicação desta Lei, para apresentarem ao Poder Legislativo, em seu nível, planejamento e cronograma de implantação dos novos serviços.

§ 2º. O Poder Público, no âmbito federal, estadual e municipal, coordenará o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação.

§ 3º. O Poder Público constituirá, no prazo de um ano, contado da data de publicação desta Lei, conselhos de reforma psiquiátrica, dos quais façam parte representantes do Governo, dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, da Ordem dos Advogados do Brasil, dos prestadores de serviços privados e da comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

§ 4º. O Poder Público deverá prever, em seu orçamento anual, pelos cinco anos seguintes ao de publicação desta Lei, recursos suficientes para financiar o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial, em seus respectivos níveis de atuação, não podendo, de qualquer forma, reduzir, neste período, em valores monetários corrigidos, o dispendido com assistência psiquiátrica no ano de publicação desta Lei.

§ 5º. Os pacientes há longo tempo hospitalizados ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou da ausência de suporte social, serão objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária municipal, e permanecerão, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontrem internados.

### **EMENDA Nº3 - CAS**

Dê-se a seguinte redação ao art 3º:

"Art. 3º. A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de quarenta e oito horas, ao Ministério Público.

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

§ 2º. Compete ao Ministério Público ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e se manifestar, no prazo de setenta e duas horas, contado da comunicação da internação, sobre a legalidade da internação.

§ 3º. O Ministério Público procederá avaliação periódica nos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro e zelar pelos direitos do cidadão internado."

### **EMENDA Nº4 - CAS**

Acrescentem-se os seguintes artigos 4º e 5º,, renumerando-se os demais:'

Art. 4º. Terão prioridade na contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de serviços de saúde mental não-manicomiais, os prestadores desses serviços que procederem. à substituição dos seus atuais leitos manicomiais por leitos psiquiátricos em hospitais-gerais ou em hospitais-dia e hospitais-noite ou por centros de atenção, centros de convivência, pensões e outros Serviços normalizados pelo Poder Executivo, ressalvado o disposto nos artigos 20 a 26 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 5º. O Congresso Nacional realizará a revisão desta Lei após cinco anos, contados da data de sua publicação."

*Emendas integrantes do Voto em separado do Senador Lúcio Alcântara ao PLC 8/91  
Publicado no Diário do Senado Federal, 13 de dezembro de 1995, pp.5517-5518.*



# Anexo VI

**EMENDA Nº4 – CAS**  
Substitutivo  
AO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8, DE 1991

**Dispõe sobre proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, estrutura e aperfeiçoa a assistência psiquiátrica e seus serviços, desativa as Instituições de modelo asilar, regulamenta a hospitalização voluntária, involuntária e compulsória, e dá outras providências.**

**(Senador Lucídio Portella)**

O Congresso Nacional decreta:

Art 1º. Os direitos e proteção das pessoas acometidas de distúrbio mental, mencionados no art 2º, parágrafo único, 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 distúrbio, ou qualquer outra.

Art 2º. Nos atendimentos em estabelecimentos de saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa será formalmente cientificada dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental:

- 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 de abuso ou 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 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 estabelecimento de saúde mental da sua comunidade.

Art. 3º. A assistência aos portadores de transtorno mental é de responsabilidade do Estado, com a devida participação da sociedade e da família, e será prestada em estabelecimento de saúde mental.

§ 1º Entende-se por estabelecimento de saúde mental qualquer instituição ou unidade que tenha como função principal oferecer assistência aos portadores de transtornos mentais.

§ 2º São os seguintes os estabelecimentos de saúde mental:

- a) ambulatório psiquiátrico;
- b) pronto-socorro psiquiátrico;
- c) emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral;
- d) enfermaria psiquiátrica no hospital geral;
- e) hospital psiquiátrico;
- f) hospital-dia;
- g) hospital-noite;
- h) centro de convivência;
- i) pensão protegida;
- j) hospital judiciário de custódia e tratamento mental;
- k) outros estabelecimentos que venham a ser regulamentados pelo Poder Público.

§ 3º. A assistência aos portadores de transtorno mental será realizada, preferencialmente, conservando a pessoa no seu meio e nas suas atividades habituais e visará sempre a sua reabilitação e reinserção social.

§ 4º. A assistência as pessoas acometidas de transtorno mental será prestada da maneira menos restritiva e coercitiva possível, através da integração efetiva entre os diversos estabelecimentos de saúde mental.

Art. 4º. A hospitalização, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º. O tratamento em regime de hospitalização será estruturado de forma a oferecer assistência integral ao doente mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º. Fica vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais 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 5º. A hospitalização psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. Existem 3 tipos de hospitalização psiquiátrica:

- a) hospitalização voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- b) hospitalização involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de um terceiro;
- c) hospitalização compulsória: aquela determinada pela justiça.

Art 6º. A pessoa que solicita voluntariamente sua hospitalização, 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 hospitalização voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente

Art 7º. A hospitalização involuntária somente será autorizada por médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o hospital, em obediência às seguintes condições:

- a) se o estado mental do doente constituir risco iminente para si ou para outrem;

b) se a não-internação levar ao agravamento do transtorno ou impedir o paciente de receber o tratamento adequado;

c) se houver autorização expressa de familiar maior ou de representante legal do paciente.

Art 8º. A hospitalização involuntária terá a validade de sete (7) dias e sua prolongação somente se dará mediante aprovação da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária.

§ 1º. A Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária será constituída por dois membros da Comissão de Ética Médica do estabelecimento, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina, e um médico representante do Conselho de Saúde Municipal.

§ 2º. O Ministério Público, ex officio, atendendo denúncia, ou por solicitação de representante legal do paciente, poderá designar junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação da hospitalização involuntária.

§ 3º. O término da hospitalização dar-se-á por solicitação escrita do familiar ou responsável legal ou quando estabelecida pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art 9º. A hospitalização 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 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

Art 11 . 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 ao Conselho Regional de Medicina.

Art 12. O Poder Executivo, na regulamentação desta lei, determinará a composição de uma Comissão Nacional permanente, plurirepresentativa e paritária de Saúde Mental, que fiscalizará e estabelecerá diretrizes para a implementação de política nacional de Saúde Mental, de acordo com esta lei.

Art 13. Esta lei entrará em vigor na data da sua publicação.

Art 14. Revogam-se as disposições em contrário.

# Anexo VII

## **EMENDA N° 9-PLEN (SUBSTITUTIVO)**

**[Autoria do Senador Sebastião Rocha]**

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

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, mencionados no artigo 2º, parágrafo único, 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 será formalmente certificada 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 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 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 estabelecimentos de saúde mental da sua comunidade;

Art. 3º. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, com ações de promoção da saúde e assistência aos portadores de transtornos psíquicos com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como qualquer 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 Inter-gestoras 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.

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

§ 2º. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º. Fica vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais 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.

§ 4º. 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, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente, e do Ministério Público, ex officio, ou quando provocado, devendo permanecer enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições:

I - sua saída não lhe venha acarretar interrupção do tratamento necessário e agravamento dos sintomas;

II - sua saída não o leve ao abandono material ou afetivo;

III - sua saída não o entregue, direta ou indiretamente, à exploração interesseira de terceiros;

IV - sua saída obedeça à legislação vigente relacionada a cada caso.

V - Sua reabilitação psicossocial seja assistida por equipe multi profissional.

Art. 6º. 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. 7º. 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. 8º. A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 9º. A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público.

§ 1º O Ministério Público, **ex officio**, 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.

§ 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. 10. 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. 11. 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. 12. 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 ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atenção, criará Comissão Nacional para acompanhar a implementação desta lei.

Art. 14. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação revogando-se as disposições em contrário.

*Integrante do Parecer nº688, de autoria do Senador Sebastião Rocha  
Diário do Senado Federal, 15 de dezembro de 1998, pp.18895-96*



# Anexo VIII

**REDAÇÃO FINAL DO SUBSTITUTIVO DO SENADO AO PROJETO DE LEI DA  
CÂMARA Nº 8, DE 1991 (Nº3.657, NA Casa de Origem)**

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

O Congresso Nacional decreta:

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, 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 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 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 entendidas as instituições ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtorno 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 Inter-gestoras 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.

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

§ 2º. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológico, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 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.

§ 1º O Ministério Público, ex-officio, 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.

§ 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. 11. 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. 12. 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. 13. 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. 14. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atenção, criará Comissão Nacional para acompanhar a implementação desta lei

Art. 15. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

*Publicado no Diário do Senado Federal, 22 de janeiro de 1999, pp. 1968-69*

# Anexo IX

## REDAÇÃO FINAL

### PROJETO DE LEI Nº 3.657-D, DE 1989

**Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, 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 da pessoa portadora de transtorno mental:

I -ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II -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;

III -ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV -ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V -ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI -ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII -receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX -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 mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 5º 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. 6º 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:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º 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. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas 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.

§ 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. 9º 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. 10. 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 vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. 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. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor da data de sua publicação.

Sala das Sessões, em 27 de março de 2001

***Publicado no Diário da Câmara dos Deputados, 28 de março de 2001, pp. 7818-7819.***



# Anexo X

## LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

*Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.*

### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, 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 da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - 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;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - 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 mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

**Art. 4º** A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

**Art. 5º** 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. 6º** 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:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

**Art. 7º** 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. 8º** A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas 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.

§ 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. 9º** 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. 10.** 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 vinte e quatro horas da data da ocorrência.

**Art. 11.** 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. 12.** O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

**Art. 13.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**

*José Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

# Anexo XI

## **Perfil dos Parlamentares – Tramitação no Congresso Nacional – Dados Selecionados**

### **Beni Veras**

PSDB/CE. Nascido em 18/8/1935, Crateús, CE. Histórico Acadêmico: Administração de Empresas, Escola de Administração do Ceará; Problemas de Desenvolvimento Econômico em Instituições Americanas, Universidade de Harvard. Profissões: Professor, Industrial e Administrador. Mandatos: Senador - 1991 a 1998.

### **Gilvam Borges**

PMDB/AP. Nascido em 1/8/1958, Brasília, DF. Histórico Acadêmico: Sociologia, Universidade Federal do Pará. Profissão: Sociólogo. Mandatos: Deputado Federal - 1991 a 1995; Senador - 1995 a 2003.

### **José Eduardo Dutra**

PT/SE. Nascido em 11/4/1957, Rio de Janeiro, RJ. Histórico Acadêmico: Geologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Profissão: Geólogo. Mandatos: Senador - 1995 a 2003.

### **José Fogaça**

PMDB/RS, Nascido em 13/1/1947, Porto Alegre, RS. Histórico Acadêmico: Ciências Jurídicas e Sociais, e Letras, Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Profissões: Advogado e Professor. Mandatos: Deputado Estadual - 1979 a 1982; Deputado Federal - 1983 a 1987; e, Senador - 1987 a 1995 e 1995 a 2003.  
Mestrado em Ciências Políticas, UFMG, Belo Horizonte, 1976-1978.

### **José Paulo Bisol**

Nascido em 22/10/1928, Porto Alegre, RS. Histórico Acadêmico: Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Profissões: Jornalista, Advogado, Professor e Magistrado. Mandatos: Deputado Estadual - 1983 a 1986; Senador - 1987 a 1995.

### **Lucídio Portella**

PPB/PI. Nascido em 8/4/1922, em Valença do Piauí, PI. Histórico Acadêmico: Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. Profissão: Médico. Mandatos: Governador - 1979 a 1983; Vice-governador - 1987 a 1991; Senador - 1991 a 1999

### **Lúcio Alcântara**

PDT/CE. Nascido em 16/5/1943, Fortaleza, CE. Histórico Acadêmico: Medicina Tropical Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. Cargos Públicos: Secretário Estado da Saúde; Secretário para Assuntos Municipais; e, Vice-presidente do Instituto de Previdência do Congresso Nacional / Brasília. Mandatos: Prefeito - 1979 a 1982; Deputado Federal - 1983 a 1987 e 1987 a 1991, Vice-governador - 1991 a 1994; Senador - 1995 a 2002.

### **Paulo Delgado**

Nascido em 28/12/1951, Lima Duarte / MG, Professor e Sociólogo. Mandatos Eletivos: Deputado Federal (Constituinte), 1987-1991 (Congresso Revisor), 1991-1995; 1995-1999; 1999-2003; 2003-2007. Filiações Partidárias: PT, 1979. Atividades Partidárias: Fundador do PT; Membro, Comissão Executiva Nacional do PT; Vice-Líder do PT, 1989 e 2002-2004. Estudos e Graus Universitários: Ciências Sociais, UFJF, Juiz de Fora, MG, 1973-1976; Mestrado em Ciências Políticas, UFMG, Belo Horizonte, 1976-1978.

### **Sebastião Rocha**

PDT/AP. Nascido em 21/1/1958, Gurupá, PA. Profissão: Médico, Cargos: Secretário de Estado de Saúde do Amapá. Mandatos: Deputado Estadual: 1991-1995; Senador - 1995 a 2003

Fontes: Câmara dos Deputados e Senado Federal