



SAÚDE MENTAL

PARADIGMAS E REFORMAS LEGISLATIVAS

LAÉRCIO MELO MARTINS



O livro *Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas* resulta da pesquisa de mestrado de Laércio Melo Martins em Teoria e História do Direito Constitucional e Direito Constitucional Internacional e Comparado, defendida em 2017 na Faculdade de Direito da Universidade Federal Fluminense (UFF). Seu principal objetivo consiste no mapeamento histórico das relações de força no campo jurídico-político como condição de compreensão tanto da produção do direito à saúde mental quanto da adoção dos modelos de "reforma psiquiátrica" no Brasil. Articulando seu objeto e seu objetivo com momentos determinados da história do direito à saúde mental no País, com a preocupação de definir mudanças e rupturas, reproduções e continuidades no ordenamento jurídico nacional, o autor procede à construção de relações que articulam saberes de diferentes campos do conhecimento e assim enfrenta questão que a pesquisa jurídica tradicional desloca para fora de seus limites de investigação, qual seja: a definição da realidade «doença mental». Procedendo de modo a evitar toda forma de naturalização, produz a separação metodológica entre "empíria" e "teoria" e cria, assim, as condições necessárias de "reconstrução" da realidade "saúde mental no Brasil" no seu campo de pesquisa e quanto a seu interesse específico de conhecimento. No melhor estilo da primeira geração da chamada Escola de Frankfurt, o autor de *Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas* adota concepção epistemológica do trabalho acadêmico que traduz a inscrição de suas inquietações e objetivos teóricos na realidade concreta brasileira. Orientado pelo embate acadêmico entre o empirismo social e o racionalismo positivista, mas articulando de forma competente «história» e «hermenêutica», o livro de Laércio M. Martins analisa com profundidade as condições fundamentais para a compreensão da Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei n.10.216/2001) e revela o alcance e o sentido do direito à saúde mental no ordenamento jurídico brasileiro. Esta é a principal contribuição do presente livro, que legitima sua inscrição no campo crítico e reflexivo das pesquisas interdisciplinares, bem como chancela o espírito humanístico de seu autor.

Prof. Dr. RICARDO NERY FALBO

Faculdade de Direito da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Laércio Melo Martins é Doutorando em Direito pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) na linha de Sociedade, Direitos Humanos e Arte. Mestre em Direito Constitucional pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito Constitucional da Universidade Federal Fluminense (UFF) na linha de pesquisa em Teoria e História do Direito Constitucional e Direito Internacional Comparado. Especialista em Teoria e Filosofia do Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC -MG). Bacharel em Direito pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Advogado e Professor de Direito.



SAÚDE MENTAL

PARADIGMAS E REFORMAS LEGISLATIVAS

SAÚDE MENTAL

PARADIGMAS E REFORMAS LEGISLATIVAS

LAÉRCIO MELO MARTINS



Diagramação: Marcelo Pires Santana (marcelo@marcelopiresdesigner.com.br); Lucas Margoni

Capa: Isla Antonello

Revisão: Heitor de Carvalho Pagliaro

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



Todos os livros publicados pela Editora Fi
estão sob os direitos da [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR



<http://www.abecbrasil.org.br>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

MARTINS, Laércio Melo.

Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas (Ponta Grossa/PR – 1931-1953) [recurso eletrônico] / Laércio Melo Martins -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

435 p.

ISBN - 978-85-5696-763-3

ISBN - 978-65-902124-0-5 (impresso)

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Saúde Mental; 2. Reformas legislativas; 3. Paradigmas; 4. Medicina; 5. Brasil; I. Título.

CDD: 340

Índices para catálogo sistemático:

1. Direito 340

Agradecimentos

Ao Eter-no pela dádiva da vida.

Aos meus familiares, em especial aos meus pais, Ademir Martins e Ana Lúcia Melo, pelo exemplo do esforço em perseverar na existência, pelo carinho, companheirismo e materialização do amor na terra.

À Marília F. Lima, por ser um alento nos dias difíceis e pelo incentivo em sempre seguir adiante e nunca desistir. Gratidão!

Aos queridos mestres e amigos construídos ao longo da graduação em Direito na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), em especial aos docentes, Dr. Daniel Pêcego, Dra. Érica Paes e Dr. Daniel Lourenço pelos incentivos e conselhos de vida.

Aos mestres do Programa de Pós-graduação em Direito Constitucional da Universidade Federal Fluminense (UFF), em especial às professoras Dra. Giovanna Frisso e Dra. Célia Abreu, pelas conversas, dicas e orientações para a jornada da vida acadêmica.

Aos professores do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS - UERJ), Dr. Jurandir Freire Costa, Dr. Benilton Jr. e Dr. Francisco Ortega pela acolhida em seus encontros e atenção no ensino. Sinto-me honrado por isso!

Às professoras do Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Dra. Maria Inês e Dra. Helenice Charchat Fichman pela acolhida e encorajamento nos estudos na área mental.

Ao professor Dr. Adrian Sgarbi do Departamento de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), pelas instruções primorosas em Teoria do Direito.

Ao professor Dr. Flávio Edler, historiador da Casa Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), pelas dicas e sugestões de leitura.

Em especial, ao meu orientador Dr. Marcus Fabiano da Faculdade de Direito da Universidade Federal Fluminense (UFF), pela paciência nos

encontros e na orientação. Com lágrimas, agradeço por ter sido um grande amigo e parceiro, sobretudo, no final da dissertação que resultou neste livro. Obrigado por acreditar nesta pesquisa! Obrigado pelas indicações de leituras que me fizeram perder o rumo, o chão, mas que me deram pistas e saídas para a descoberta. Seu amor pelo conhecimento, sua capacidade analítica e o seu desejo incessante de apreender o início, a origem, a causa dos fenômenos sociais, motivam-me a ser crescer, enquanto humano, demasiado humano. O seu amor pela vida e desejo de um mundo melhor, mais justo e igualitário só é visto por quem se aproxima mais de perto da sua busca intelectual. Obrigado por me permitir esse encontro!

Em especial, ao querido mestre Dr. Carlos Eduardo Freire Estellita-Lins, psiquiatra, psicanalista e pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz), pelas discussões acadêmicas, pela cooperação para a realização do presente trabalho, indispensável para sua conclusão. Além disso, pela acolhida em seu grupo de pesquisa Saúde, Doença e Terapêutica, bem como seu encorajamento para seguir a diante nos estudos acadêmicos. Sua genialidade e rigor científico é o exemplo da grandeza de sua alma, caro mestre.

Em especial, ao professor Dr. Ricardo Nery Falbo da Faculdade de Direito da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) pelo exemplo de docência e de grandeza interior. Obrigado por ter sido o primeiro a abrir as portas para o mundo acadêmico e apresentar as Teorias Críticas do Direito. Exemplo de luta, resistência e emancipação com uma sofisticação admirável. Lembro-me de quando fiz a solicitação para participar do seu grupo de pesquisa em Sociologia do Direito em 2013 e, com muita generosidade prontamente, acolheu o pedido. Muito obrigado! Minha vida mudou, tornei-me melhor e mais forte diante dos desafios da vida. É com o coração grato e saudosos que escrevo essas palavras.

Em especial, à professora Dra. Mônica Paraguassu da Faculdade de Direito da Universidade Federal Fluminense (UFF) pelas aulas sempre edificantes e desafiadoras para vida. Exemplo de dedicação, disciplina e docência. Obrigado por ser uma amiga ao longo da minha caminhada acadêmica.

Obrigado pelos conselhos e sorrisos na fase final da dissertação, pois foram fundamentais para eu seguir a diante. A senhora é gigante, professora!

Em especial, ao professor Dr. Paulo Amarante, psiquiatra, psicanalista e coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), pelo seu exemplo incansável de luta pela emancipação das pessoas em sofrimento psíquico. Sua trajetória histórica é exemplo para as futuras gerações e o seu legado pelas mudanças na assistência psiquiátrica brasileira não será esquecido. Em mim, carrego a paixão e sonho por um mundo sem manicômios, mais livre e libertário.

Em especial, ao Dr. Cândido Espinheira Filho e Dr. Domingos Sávio Alves pelas conversas e pronta acolhida nos encontros, que foram fundamentais para a compreensão do panorama dos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Em especial à querida Isla Antonelo, jurista e socióloga, que gentilmente cedeu sua arte para ilustrar a presente obra, nos brindando com seu talento artístico ímpar. Sinto-me grato por permitir compartilhar seus trabalhos em minhas reflexões.

Em especial, ao professor Dr. Heitor de Carvalho Pagliaro da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás (UFG) que gentilmente realizou uma leitura atenta da presente pesquisa e apresentou importantes considerações sobre a organização e composição do material para a edição do livro.

Por fim, não menos importante, aos amigos, Kely Barcellos, Gabriel Palma, Livia Ouverney, Rodrigo Freitas, Gilmar Nunes, Tiago Leão Monteiro, Mirtha Dandara, Tatiana Waisberg, Átila Secchin, Taísa Rodrigues, Eni Dias, Jonathas Ferreira, Leonardo Resende, Matheus Farinhas, Matheus Meott, Vivian Scarpi, Thiago Thieppo, Bruno Drude, Marcelo Queiroz, Marcela Peralva, Alessandra Aniceto, Verônica Miranda, Stéphanie Lyanie e Monique Falcão, Maristela Medina, Marina Moreira, Laíslla Ferreira, Milena Nunes e Haroldo Caetano.

A grande saúde

382. *A grande saúde.* – Nós, os novos, sem nome, de difícil compreensão, nós, rebentos prematuros de um futuro ainda não provado, nós necessitamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, mais forte, alerta, alegre, firme e audaz que todas as saúdes até agora. Aquele cuja alma anseia haver experimentado o inteiro compasso dos valores e desejos até hoje existentes e haver navegado as praias todas desse “Mediterrâneo” ideal, aquele que quer, mediante as aventuras da vivência mais sua, saber como sente um descobridor e conquistador do ideal, e também um artista, um santo, um legislador, um sábio, um erudito, um devoto, um adivinho, um divino excêntrico de outrora: para isso necessita mais e antes de tudo uma coisa, a grande saúde- uma tal que não apenas se tem, mas constantemente se adquire e é preciso adquirir, pois sempre de novo se abandona e é preciso abandonar... E agora, após termos estado por longo tempo assim a caminho, nós, argonautas do ideal, mais corajosos talvez do que seria prudente, e com frequência naufragos e sofridos, mas, como disse, mais sãos do que nos concederiam, perigosamente, sempre novamente sãos – que nos parecem como se tivéssemos, como paga por isso, uma terra ainda desconhecida à nossa frente, cujos limites ainda ninguém divisou, um além de todos os cantos e quadrantes do ideal, um mundo tão opulento do que é belo, estranho, questionável, terrível, divino, que tanto nossa curiosidade como nossa sede de posse caem fora de si – ah, de modo que doravante nada nos poderá mais saciar!... Como poderíamos nós, após tais visões, e com tal voracidade de ciência e consciência, satisfazermos-nos com o homem atual? É muito mau, porém inevitável, que olhemos suas mais dignas metas e esperanças com seriedade a custo mantida, e talvez sequer as olhemos mais... Um outro ideal corre à nossa frente, um ideal prodigioso, tentador, pleno de perigos, ao qual ninguém

gostaríamos de levar a crer, porque a ninguém reconhecemos tão facilmente o direito a ele: o ideal de um espírito que ingenuamente, ou seja, sem o ter querido, e por transbordante abundância e potência, brinca com tudo o que até aqui se chamou santo, bom, intocável, divino; para o qual o mais elevado, aquilo em o povo encontra naturalmente sua medida de valor, já não significaria senão perigo, declínio, rebaixamento ou, no mínimo, distração, cegueira, momentâneo esquecer de si; o ideal de bem-estar e bem-querer humano - sobre - humano que com frequência parecerá inumano, por exemplo, ao colocar-se ao lado de toda a seriedade terrena até então, ao lado de toda a anterior solenidade em gesto, palavra, tom, olhar, moral e dever, como sua mais viva paródia involuntária - e com o qual, não obstante tudo, só então talvez se alce a grande seriedade, a verdadeira interrogação seja colocada, o destino da alma dê a volta, o ponteiro avance, a tragédia comece...

(A Gaia Ciência - Nietzsche)

Lista de Abreviaturas

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRANGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIS - Ações Integradas de Saúde
ANS - Agência Nacional de Saúde
AP - Amapá
ABI – Associação Brasileira de Imprensa
BA – Bahia
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CPN - Centro Psiquiátrico Nacional
CPPII – Centro Psiquiátrico Pedro II
CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CJM – Colônia Juliano Moreira
CCJR – Comissão de Constituição e Justiça e Redação
CCJC - Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CSPAS – Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social
CERP - Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica
CSSF - Comissão de Seguridade Social e Família
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil
CE – Ceará
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CAS – Comissão de Assuntos Sociais
CNRP - Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica
CFM - Conselho Federal de Medicina
CRM – Conselho Regional de Medicina
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CFSS - Conselho Federal de Serviço Social
CFE - Conselho Federal de Enfermagem
CNE - Conselho Nacional de Educação
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CREFITO - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CERP – Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica
DF - Distrito Federal
DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FINSOCIAL – Fundo de Investimento Social
FAS - Fundo de Apoio Social
IAB – Instituto da Ordem dos Advogados
IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBRAPSI - Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LPHM - Liga Portuguesa de Higiene Mental
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
MG – Minas Gerais
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MDB - Movimento Democrático Brasileiro
MLA - Movimento da Luta Antimanicomial
MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS – Mato Grosso do Sul
MT- Mato Grosso
MA – Maranhão
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
OAB- Ordem dos Advogados do Brasil
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PL – Projeto de Lei
PT – Partido dos Trabalhadores
PPA - Plano de Pronto Ação
PLEN – Plenário
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PE – Pernambuco
PCB – Partido Comunista Brasileiro

PC do B – Partido Comunista do Brasil
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro
PFL – Partido da Frente Liberal
PL – Partido Liberal
PDS – Partido Democrático Social
PPB - Partido Progressista Brasileiro
PLC – Projeto de Lei da Câmara
PA – Pará
PI – Piauí
PPR – Partido Progressista Reformador
PPS – Partido Popular Socialista
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PB – Paraíba
RJ – Rio de Janeiro
RS – Rio Grande do Sul
RR – Roraima
SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde
SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais
SUS – Sistema Único de Saúde
SOSINTRA - Sociedade de Serviços Gerais para a Integração
SDD - Sistema de Desembolso Direto
SAMS - Sistema de Assistência Médica Supletiva
SP – São Paulo
SE – Sergipe
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
TSO - Tratamento Sanitário Obrigatório
UNE - União Nacional de Estudantes

Sumário

| | |
|---|------------|
| Prefácio..... | 19 |
| Direito à vida: o âmago da reforma psiquiátrica brasileira | |
| Prof. Dr. Paulo Amarante | |
| Apresentação | 22 |
| Prof. Dr. Marcus Fabiano Gonçalves | |
| Introdução | 25 |
| Capítulo 1..... | 32 |
| O processo de medicalização da sociedade brasileira: a emergência do constitucionalismo brasileiro e a cultura europeia de tratamento psiquiátrico | |
| 1.1 A medicalização da sociedade brasileira..... | 32 |
| 1.2 A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e a Santa Casa de Misericórdia .. | 50 |
| 1.3 O Hospício de Pedro II | 57 |
| 1.4 O Hospital Nacional dos Alienados..... | 78 |
| Capítulo 2 | 90 |
| A consolidação do projeto medicalizador: a contribuição jurídica na transição da assistência médico-legal | |
| 2.1 A Assistência Médico-Legal a Alienados | 90 |
| 2.2 Escola Profissional de Enfermagem | 103 |
| 2.3 Museu Anatomo-Pathológico | 106 |
| 2.4 Alterações legislativas na regulação jurídica da Assistência Médico- Legal | 108 |
| 2.5 A intersecção do conhecimento médico-jurídico no projeto de formação da identidade nacional..... | 114 |
| 2.6 A primeira lei federal de assistência médico-legal e a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira..... | 125 |
| Capítulo 3 | 147 |
| A construção do direito à saúde e a reforma psiquiátrica brasileira | |
| 3.1 A segunda lei federal de assistência médico-legal e a psiquiatria preventiva no cenário brasileiro | 147 |
| 3.2 Perspectivas psiquiátricas no cenário internacional pós - 1945 | 163 |
| 3.3 A Reforma Santiária e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM): o início da Reforma Psiquiátrica brasileira | 175 |
| 3.4 O direito à saúde na Constituição Federal de 1988..... | 191 |
| 3.5. Histórico de acontecimentos na década de 1990 e o Sistema Único de Saúde (SUS) | 198 |

Capítulo 4 218

O Processo Legislativo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1989-2001)

| | |
|---|-----|
| 4.1 Processo legislativo do Projeto de Lei n. 3.657/89: trajetória e atividade legiferante | 218 |
| 4.2 Câmara dos Deputados: Plenário..... | 219 |
| 4.3 Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR) | 235 |
| 4.4 Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) | 236 |
| 4.5 Pareceres da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR) e Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF): Projeto de Lei n. 3.657- A/89 | 237 |
| 4.6 Emendas de Plenário da Câmara dos Deputados | 243 |
| 4.6.1 Emenda Modificativa n.01..... | 245 |
| 4.6.2 Emenda Modificativa n. 02 | 246 |
| 4.6.3 Emenda modificativa n. 03 | 247 |
| 4.6.4 Emenda modificativa n.04 | 248 |
| 4.6.5 Emenda modificativa n. 05..... | 249 |
| 4.6.6 Emenda modificativa n. 06 | 250 |
| 4.6.7 Emenda modificativa n.07..... | 251 |
| 4.6.8 Emenda aditiva n.08..... | 252 |
| 4.7 Votação das Emendas de Plenário nas Comissões de Constituição e Justiça e de Redação e de Seguridade Social e Família..... | 253 |
| 4.8 Discussão, votação e aprovação do Projeto de Lei n. 3.657-B/89 | 254 |
| 4.9 Processo legislativo no Senado Federal..... | 269 |
| 4.9.1 Procedimentos preliminares..... | 269 |
| 4.9.2 Emenda modificativa n. 01..... | 269 |
| 4.9.3 Emenda modificativa n.02 | 272 |
| 4.9.4 Emenda modificativa n.03 | 273 |
| 4.9.5 Relatoria, Apreciação do Projeto de Lei n.8/91 e das emendas modificativas – Senador José Paulo Bisol | 275 |
| 4.9.6 Apreciação do Projeto de Lei da Câmara n.8/91 e voto em separado – Senador Lucídio Portella | 291 |
| 4.9.7 Apreciação do Projeto de Lei da Câmara n.8/91 e a proposta do substitutivo com voto em separado- Senador Beni Veras..... | 297 |
| 4.10 Mobilização social, leis estaduais e o “silêncio” do Senado Federal | 303 |
| 4.11 Voto em separado, vencido, do Senador Lúcio Alcântara ao Projeto de Lei da Câmara n.08 de 1991..... | 309 |
| 4.12 Voto do Senador Gilvam Borges | 317 |
| 4.13 Requerimento n.64 de 1997..... | 337 |
| 4.14 Requerimento n.212 de 1997 | 337 |
| 4.15 Requerimento n. 224 de 1997..... | 337 |
| 4.16 Requerimento n. 584 de 1998 | 338 |
| 4.17 Requerimento n.595 de 1998..... | 339 |
| 4.18 Parecer n. 688 de 1998..... | 339 |
| 4.19 Parecer n.27 de 1999..... | 358 |
| 4.20 Parecer n. 43 de 1999 – da Comissão Diretora do Senado Federal | 358 |
| 4.21 Câmara dos Deputados: promulgação e publicação..... | 358 |

Considerações finais.....367

Anexos 377

Câmara dos deputados

ANEXO I..... 378

ANEXO II..... 379

ANEXO III381

ANEXO IV383

ANEXO V.....385

ANEXO VI390

ANEXO VII394

ANEXO VIII395

ANEXO IX397

ANEXO X.....402

ANEXO XI405

ANEXO XII410

ANEXO XIII414

ANEXO XIV419

Referências..... 424

Prefácio

Direito à vida: o âmago da reforma psiquiátrica brasileira

*Prof. Dr. Paulo Amarante*¹

É com grande honra e satisfação que recebi o convite para prefaciar a obra *Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas* de Laercio Melo Martins. No meu entendimento, a importância deste livro reflete uma das principais hipóteses que tenho insistentemente propalado por toda a minha vida profissional e política a respeito da reforma psiquiátrica brasileira, seja como professor e pesquisador, seja como ativista e militante. Trata-se do princípio, para mim fundamental, de que a reforma psiquiátrica não é uma simples reformulação ou reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico. Mesmo a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) tem se baseado neste reducionismo e apontado para a perda do verdadeiro horizonte da reforma.

Em nosso entendimento – e, mais uma vez é importante destacar que este livro é um exemplo emblemático desta proposição – a reforma psiquiátrica é um processo amplo, social e complexo, da forma como a qual a sociedade lida com as questões relativas à loucura, ao sofrimento psíquico, à diversidade subjetiva, política e social. As transformações no modelo assistencial são apenas uma das dimensões deste processo, pois as transformações passam pelos aspectos epistemológicos fundantes do campo psiquiátrico, que incluem as concepções sobre produção de ciência, ideologia

¹ Médico pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (1976). Especialista em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (1978). Mestre em Medicina Social pelo Instituto de Medicina Social da UERJ (1982) e Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1994). Professor Titular da Escola Nacional de Saúde Pública - Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), onde é coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS). É um dos pioneiros da Reforma Psiquiátrica brasileira.

e senso comum (onde se inscrevem os conceitos/noções de alienação, irracionalidade, periculosidade, degeneração, doença, transtorno e distúrbio mental, normalidade e anormalidade, dentre tantos outros).

Mas passam também pelos aspectos que dizem respeito às pessoas que são diagnosticadas ou consideradas com transtornos mentais. Reduzidas à condição de meros pacientes, alienados, irracionais, insensatos, irresponsáveis, etc, tiveram suas vozes e narrativas negadas, abafadas, negadas. “Loucura, ausência de obra”, nos advertia Michel Foucault em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*. É neste sentido que o debate sobre os direitos humanos, os direitos à cidadania e à plena participação política e social de tais pessoas, assume um lugar de destaque nos debates legislativos sobre a reforma psiquiátrica.

E para cumprir sua promessa o autor retoma todo processo histórico de medicalização da sociedade brasileira e nos oferece uma compreensão ampliada de todos os debates, temas, cenários e atores aí envolvidos. Como resultado absolutamente relevante, o leitor poderá perceber a importância de envolver os atores do campo legislativo e jurídico neste processo que, anteriormente, e equivocadamente, era reivindicado e hegemonizado apenas pelos atores restritos ao campo da psiquiatria e da saúde mental.

É um livro que traz inequívocas contribuições para a construção do processo de reforma psiquiátrica, que é um processo de permanente disputa, o que pode ser constatado atualmente com as tentativas e iniciativas de impor retrocessos nas políticas antimanicomiais, anti-mercantilizantes, anti-repressivas e anti-segregadoras que vinham sendo implantadas a partir da reforma psiquiátrica no Brasil.

As transformações práticas produzidas pela reforma psiquiátrica comprovaram as hipóteses de que a medicalização e a institucionalização, produziam e produzem estigma e retiram as possibilidades concretas dos sujeitos. Milhares de histórias de vidas foram reescritas a partir deste processo.

E, neste sentido, quero concluir afirmando que *Saúde Mental: Paradigmas e Reformas Legislativas* de Laercio Melo Martins é uma ferramenta

de tomada de consciência e de orientação para os movimentos de resistência e de luta para que a vida das pessoas em situação de vulnerabilidade social e subjetiva não sejam mais uma vez objeto de violência, de exclusão, de mercantilização e de violação dos direitos humanos. A luta da reforma psiquiátrica é em defesa dos sujeitos que, diagnosticados e institucionalizados, perderam suas identidades sociais, perderam seus protagonismos, suas cidadanias; perderam seus direitos.

O direito à saúde mental, é o direito à vida!

Apresentação

*Prof. Dr. Marcus Fabiano Gonçalves*¹

Na virada do século XIX para o XX, a saúde mental tornou-se um dos grandes enigmas da modernidade. Lugar por excelência onde a razão abstrata encontra seus limites concretos em muros, grades, correias e medicamentos, é nesse campo que a percepção do sofrimento psíquico, sempre variável em graus e naturezas, vai de encontro às limitações de um discurso médico que se arvora em voz potente e legítima de uma ciência capaz de iluminar os recônditos mais sombrios da natureza. E a existência humana, por mais que se lhe atribua um caráter social peculiar aos acidentes da vida e à autonomia significativa do universo da cultura, jamais deixa de ser também, ela mesma, uma parte essencial desta natureza.

Mas entre o estudo e o tratamento das vulgarmente chamadas “loucuras”, uma plêiade de institutos e instituições, todos próprios à gestão burocrática da existência social, se interpuseram: manicômios, laudos criminológicos, academias de ciências, teorias penais, doutrinas médicas, práticas estigmatizantes, interesses das indústrias de psicotrópicos e das clínicas privadas. Isso sem se contar o terreno pantanoso das explicações científicas, muitas aceitas como solidamente estabelecidas (tais como as que hoje gozam do prestígio das neurociências) e outras tantas já empenhadas em produzir consensos ao redor da renúncia a este estatuto epistemológico de saberes demonstráveis e acima de qualquer suspeita. Pois esta obra seminal de Laércio Martins enfrenta justamente, e com grande coragem, toda esta delicada zona de intersecção entre sucessivos paradigmas de discursos médicos e diferentes matrizes de regulações legais e

¹ Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito da Universidade Federal Fluminense.

administrativas da saúde mental. Ao longo de três séculos, ele acompanhou as trajetórias de regulações dos transtornos mentais, sempre articulando-as com a história brasileira situada no panorama internacional.

Fruto de uma alentada pesquisa, o presente livro de Laércio Martins não descarta da circulação de modelos de instituições psiquiátricas e concepções de saúde mental discutidos por uma comunidade de especialistas tornada precocemente cosmopolita. Desse modo, o autor não perde de vista a situação concreta da conjuntura brasileira, do alienismo ao movimento antimanicomial, estabelecendo uma fina análise sobre a gênese das concepções psiquiátricas plasmadas em sucessivas regulamentações jurídicas, permitindo assim ao leitor um panorama amplo e minucioso a respeito dos poderosos interesses que, às vezes de modo silencioso, digladiam-se nesse ambiente de rivalidades científicas e fartas verbas publicas delegadas ao controle de elites intelectuais que se reclamam portadoras dos discursos acerca do bem estar dos acometidos por transtornos mentais.

Os estigmas sociais do “louco” ensejam consequências que em muito exorbitam sua exclusão social do convívio regado por uma habitualidade ético-jurídica logo traduzida em uma ordem psíquica considerada relativamente normal. A estigmatização do sofrimento mental pode conduzir do delírio esquizofrênico aos incômodos psicológicos que levam o paciente (já como cliente) à cara escuta do analista, envolvendo assim as mais distintas abordagens clínicas. E elas podem percorrer desde drásticas dúvidas sobre a capacidade civil ou a responsabilidade penal dos indivíduos até os suntuosos luxos das subjetividades que se jactam de poder narrar a uma escuta que se proclama especializada os prazeres e as angústias de suas próprias interioridades.

Neste livro de estreia, Laércio Martins traça o mapa disso tudo, conseguindo ainda evidenciar como os sutis embates entre concepções médicas e psicológicas se traduzem em ciclos legislativos, interpretações de ordem constitucional e, sobretudo, em desenhos institucionais como o de nosso

Sistema Único de Saúde, idealizado a partir das mais generosas visões universalistas a respeito dos direitos sociais.

Além disso, é preciso frisar: eis aqui uma obra cujo espectro de interesse não se restringe ao mundo dos especialistas acadêmicos. Aliás, muito antes pelo contrário: este trabalho de Laércio Martins, fruto de sua dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional da Universidade Federal Fluminense (PPGDC-UFF), interessa diretamente a psiquiatras e cientistas sociais, parlamentares e consultores legislativos, juristas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e historiadores, sendo ainda obra indispensável a todos aqueles profissionais da saúde mental empenhados em uma atuação democrática e emancipatória, orientada pela concretização de direitos que não sejam nem um luxo de poucos, nem um tratamento paliativo de sintomas sociais provocados por escalas muitíssimo superiores à da psiquê humana. Que psiquiatras, advogados, juízes e membros do Ministério Público sirvam-se desta pesquisa para repensarem suas atuações profissionais, é algo que já se pode antever no horizonte desse grande movimento pela (re)conquista do bem-estar da pessoa humana acometida de sofrimento psíquico em uma sociedade que tende a converter seus excessos opressivos em aflições individuais.

Introdução

A finalidade da presente obra consiste na análise da trajetória social da regulação jurídica das noções de doença e transtorno mentais na experiência histórica brasileira, bem como na constituição do processo de medicalização da sociedade, a partir da análise das principais instituições psiquiátricas no cenário nacional. Além disso, a obra também se propõe a analisar os dispositivos jurídicos que fundamentaram a regulação da prática psiquiátrica na assistência aos “alienados” no Brasil, desde o início do século XIX.

O projeto de medicalização iniciado com a chegada da Família Real portuguesa, a partir da influência dos modelos psiquiátricos da Europa Ocidental, efetivou-se por meio de documentos jurídicos que ao longo da trajetória histórica normativa brasileira, enfatizaram o (a) estigma da exclusão social, (b) a periculosidade do louco, (c) a (in)capacidade civil do dito alienado mental, (d) a estrutura da administração hospitalar/asilar e (e) os meios terapêuticos. Pode-se ainda dizer que tais itens estão na base comum de um eixo temático que organizou a concepção geral do alienismo no Brasil.

Em relação à capacidade civil, a representação social da loucura encontrava-se articulada com a ausência de participação na vida política, no trabalho e no convívio social, ressaltando o estigma da exclusão e invisibilidade social do louco (natureza da condição de reconhecimento da loucura). Quanto à administração do hospício, observa-se que cumpriu sua função social de legitimar a exclusão de indivíduos ou setores sociais não enquadráveis e indisciplinados. Assim, o saber psiquiátrico e sua construção epistemológica se encontravam vinculados às práticas das instituições, das propostas econômicas e políticas de organização e regulação social.

Portanto, algumas incursões críticas no campo do conhecimento científico representarão uma tentativa de análise epistemológica dos próprios conceitos de alienação e doença mental.

Nessa perspectiva, o homem seria o resultado das convergências sociais, econômicas, políticas e culturais que incidem sobre o seu corpo, bem como da dinâmica dos saberes e práticas que sujeitam sua consciência e representação de si. Então, entender o campo da saúde mental constituído por conflitos, contradições e paradoxos, é reconhecer as relações de forças políticas que permeiam os conceitos em saúde mental, sobretudo a construção da noção de loucura.

Nesse caminho, realizo uma abordagem histórica, que servirá de dispositivo cronológico – linha do tempo – desde a chegada da Família Real em solos coloniais e do processo de administração real com a ressignificação do espaço territorial que antes era extensão da metrópole e se tornou, a partir de 1808, sede da Coroa Portuguesa.

No primeiro capítulo, analiso as ações da Coroa Portuguesa em seu projeto medicalizador da colônia. Assim, como forma de articular sua ocupação, Portugal inaugurou instituições de natureza regulatória da prática médica, que no período colonial era realizada, sobretudo, por religiosos. Exemplo disso foi a criação da Escola Cirúrgica, em fevereiro de 1808, no Rio de Janeiro e, no ano seguinte, a inauguração de cargo de Provedor-Mor de Saúde da Costa e Estados do Brasil, a ser ocupado pelo próprio Físico, nome que se atribuía, à época, a quem era responsável pela gestão da higiene pública.

A criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia, em 1829, no Rio de Janeiro, marcou as críticas aos cuidados realizados pela Santa Casa de Misericórdia, notadamente, a partir da criação da Academia Imperial de Medicina, com apoio do Estado em 1835, ao denunciar a figura do religioso, não credenciado pelo Estado para a realização da assistência. Já no campo jurídico, Portugal buscou criar centros de ensino (São Paulo e Recife), em 1827, para a formação da intelectualidade, responsável pela condução dos destinos da nação e do provimento de cargos da administração real.

A fundação do Hospício de Pedro II, em 1841, representou a adoção no cenário nacional da perspectiva da psiquiatria alienista francesa, a partir da Lei de 1838, que primava pelo princípio do isolamento do louco e de seu tratamento moral. Observa-se que havia uma organização administrativa da unidade hospitalar, evidenciando-se a intervenção do Estado na condução do controle social da loucura. Com a criação, em 1890, do Hospital Nacional de Alienados, buscou-se centralizar a administração, a fim de realizar maior controle sobre as práticas psiquiátricas realizadas no tratamento dos alienados. A fim de otimizar, sobretudo, a gestão financeira e não gerar custos para o Estado, preservou-se nos seus dispositivos jurídicos a manutenção de artigos do Estatuto de Pedro II, com alterações que demarcavam, majoritariamente, a contribuição financeira do alienado no custo de sua internação, em razão da sua condição socioeconômica, por ocasião do processo de admissão.

No segundo capítulo, apresento o contexto de criação da Assistência Médico-Legal, em 1890, como marco de consolidação do projeto de medicalização da sociedade, com nítidos contornos da realização do controle social através da arquitetura asilar.

A criação da Escola de Enfermagem, em 1892, representou, sobretudo, a preocupação do Estado com a reabilitação dos indivíduos para o mercado de trabalho em face do recente pensamento liberal, relegando à segundo plano a assistência social. Já com o Museu *Anatomo-Pathológico*, também criado no mesmo ano, buscou-se imprimir o desejo de avanço no campo científico através do desenvolvimento de estudos referentes às moléstias mentais e nervosas, com então laboratório para pesquisas histológicas.

As alterações no campo jurídico reforçavam o alinhamento do saber psiquiátrico às jurisprudências dominantes, à época, que se evidenciaram de forma mais intensa na transição do século XIX para o XX, em função da crescente interseção do conhecimento médico-jurídico no projeto de formação da identidade nacional inaugurado nessa quadra histórica. No campo do saber psiquiátrico, ocorreu um afastamento da influência do pensamento alienista francês de Philippe Pinel e Jean-Étienne Esquirol,

com o advento da recepção do pensamento alemão de Emil Kraepelin e sua teoria da degenerescência, recepcionado no cenário brasileiro pelo psiquiatra Juliano Moreira.

Decorrentes dos debates sobre a relação da loucura, raça, hereditariedade e atavismo, o tema da eugenia assumiu especial relevância, evidenciando-se na Primeira Lei Federal de Assistência Médico-Legal (1903), que também assinalou, de modo inaugural, a participação da iniciativa privada na assistência psiquiátrica, desde que autorizada e supervisionada pelo Estado. Inicia-se, então, uma reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Entendo por reestruturação nesse momento, as alterações, sobretudo, no âmbito jurídico-administrativo dos hospitais psiquiátricos. Em outras palavras, não existindo alterações substanciais no tratamento psiquiátrico realizado, aproximando-se da terapêutica do fim do século XIX.

No terceiro capítulo, percorro uma trajetória histórico-social da construção do direito à saúde com a finalidade de investigar a Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse sentido, inicio com a análise da Segunda Lei Federal de Assistência Médico-Legal (1934), por entender a contribuição dela para a justificação do sequestro do alienado mental, bem como das práticas eugênicas, além de demarcar a condução das políticas em saúde mental à época.

Buscando averiguar em que medida as experiências de reforma psiquiátrica no cenário internacional pós-1945 influenciaram as concepções de tratamento mental brasileiro, apresentarei brevemente nos capítulos seguintes as principais correntes da psiquiatria e seus modelos de intervenção. Em sentido amplo, os assuntos relacionados às políticas de saúde apresentavam grande preocupação para a Administração Pública brasileira, em razão dos altos gastos financeiros através da contratação de serviços de saúde privado. Os reflexos disso logo se fariam sentir, pois uma grave crise na Previdência Social seria constatada a partir da década de 1970.

Inicia-se, então, a jornada da luta pela Reforma Sanitária e da mobilização para o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com

denúncias da péssima assistência em saúde, inclusive mental, oferecida pelo Estado. Dessa maneira, o conceito de saúde, a partir do novo cenário de proteção jurídica iniciado com a Constituição Federal de 1988, tem determinantes de natureza biológica e social, o que implica pensá-lo como resultante da complexidade de fatores econômicos, culturais e políticos.

Assim, transformar a saúde, é promover a transformação da sociedade que a produz enquanto processo social, perspectiva que se confirma em razão do advento das Leis Orgânicas de Saúde na década de 1990, responsáveis por orientar a condução das políticas públicas nas ações e serviços de saúde. A partir das mobilizações nessa mesma época que buscaram efetivar as transformações no sistema de saúde e, conseqüentemente, no âmbito social é possível pensar a Reforma Psiquiátrica brasileira como projeto piloto de intervenção na sociedade, a partir dos paradigmas da Reforma Sanitária, que tornou universal o acesso aos serviços de saúde.

Em outras palavras, uma vez introduzida no texto constitucional de 1988, a ideia do Sistema Único de Saúde precede o projeto de transformação psiquiátrica brasileira no âmbito normativo (Projeto de Lei n. 3.657/89), que pode ser entendido como o projeto piloto do Sistema Único de Saúde, a partir da saúde mental. No quarto capítulo, realizo uma abordagem sócio-histórica das instituições e dos atores e forças políticas que polarizaram na disputa ocorrida durante as discussões legislativas, rivalizando por sentidos e alcances os conceitos jurídicos e científicos apresentados pelos parlamentares nos debates que tiveram por palcos a Câmara dos Deputados e o Senado Federal.

Nesse caminho, verifico em que medida resquícios das perspectivas legislativas psiquiátricas anteriores ainda permaneceram na atual Política Nacional de Saúde Mental, sob a égide do novo Diploma Constitucional (1988), ao pensar e articular as legislações anteriores ao processo legislativo da Reforma Psiquiátrica brasileira (1989-2001).

Assim, buscou-se verificar também em que nível a efervescência social através dos movimentos de defesa da cidadania da pessoa em sofrimento mental, à época (1975 a 1989), foi introduzida no Projeto de Lei n.

3.657/89. Percorrer esse caminho é importante para compreender as discussões legislativas, os sentidos, ideologias e alcances dos conceitos jurídicos apresentados por ocasião no Congresso Nacional.

Nesse sentido, apresento um mapeamento do campo de interesses e forças em torno da definição da assistência psiquiátrica no novo cenário que estava se construindo, ressaltando a discussão sobre a natureza asilar do hospital psiquiátrico, em contraposição ao seu caráter terapêutico e humanizado. Verifica-se então, à época, três concepções de assistência hospitalar em saúde mental no Brasil: (a) o hospital psiquiátrico público, (b) o hospital psiquiátrico público conveniado com a assistência psiquiátrica privada, e (c) o hospital psiquiátrico exclusivamente privado.

Durante as discussões no Congresso Nacional é possível identificar certos interesses nas experiências psiquiátricas do cenário internacional, que teve reflexo na disputa da construção das perspectivas do direito à saúde mental no campo brasileiro. Por exemplo, o tema da dignidade da pessoa em sofrimento psíquico tão logo foi justificado, a partir da relação de interesses na permanência do hospital psiquiátrico exclusivamente privado. Porém, a questão central dos debates legislativos estava em torno da manutenção ou não do hospital psiquiátrico em contraposição com a perspectiva do seu fim através da implantação de uma rede substitutiva, procedimento este desejado pelo movimento social da Luta Antimanicomial.

Assim, o objetivo geral é investigar as nuances do projeto de medicalização da saúde mental na sociedade brasileira, a partir da problemática dos eixos temáticos supracitados (estigma da exclusão social, a periculosidade do louco, a (in)capacidade civil do alienado mental, a estrutura da administração hospitalar/asilar e os meios terapêuticos) que constituem a origem do alienismo. Assim, em decorrência dessa experiência institucional, ao considerar as legislações psiquiátricas editadas, verificar quais foram os avanços na proposta legislativa da Reforma Psiquiátrica (1989-2001).

Nesse sentido, almejo confrontar a hipótese de que o Projeto de Lei n. 3.657/89 não tinha por objetivo eliminar cabalmente o hospital

psiquiátrico privado, deixando de corresponder a uma ruptura radical com a estrutura asilar. Seguindo de perto os debates jurídico-epistemológicos em saúde mental procuro identificar interesses econômicos disfarçados em discussões epistemológicas e científicas, que polarizaram o campo político com características, tantas vezes enganadoras e imprecisas ao ponto de se acreditar em uma discussão cientificamente “neutra” que encobria grandes interesses econômicos.

Nesse caminho, o entendimento sobre o processo de medicalização da sociedade brasileira e das relações intrínsecas entre a intervenção médica e o âmbito jurídico, tutelando as ações institucionais do campo psiquiátrico foi fundamental para análise dos aspectos administrativos de funcionamento das instituições de natureza médica. A colisão entre interesses econômicos que se disfarçaram de altos debates científicos e verdadeiras rixas entre correntes psiquiátricas foram de encontro às demandas de uma sociedade cujo os serviços públicos no campo da saúde mental apresentava obrigações cada vez mais volumosas.

Que este presente trabalho de análise dos debates legislativos no Congresso Nacional brasileiro, acompanhado da trajetória sociojurídica na assistência psiquiátrica brasileira, se una às diversas produções acadêmicas e científicas que buscam o cuidado em liberdade da pessoa em sofrimento psíquico e seja utilizado como mais um instrumento de luta e resistência em busca de uma sociedade antimanicomial.

Além disso, que seja um memorial para que em tempo oportuno de uma nova discussão de lei federal sobre a Política Nacional de Saúde Mental, os argumentos conservadores sejam evitados e enfrentados por ideias progressistas no campo médico-jurídico em busca de novos olhares sobre o cuidado da pessoa em sofrimento mental.

Capítulo 1

O processo de medicalização da sociedade brasileira: a emergência do constitucionalismo brasileiro e a cultura europeia de tratamento psiquiátrico

1.1 A medicalização da sociedade brasileira

Antes do contexto político de transferência da família real de Portugal para as terras coloniais brasileiras, em 1808, a situação política de D. João VI, em novembro de 1807, era penosa, uma vez que se ele continuasse no território europeu, os ingleses, provavelmente, bombardeariam Lisboa, como fizeram em Copenhagem¹.

Nesse sentido, é possível apontar diversos eventos políticos que motivaram a chegada da corte portuguesa no território colonial como, por exemplo, a nota franco-espanhola de agosto de 1807 exigindo que Portugal declarasse guerra à Inglaterra; a presença da esquadra britânica e uma força de 7.000 (sete mil) homens à entrada do porto de Lisboa, colocando, assim, a cidade sob bloqueio em 16 de novembro de 1807².

Além disso, o anúncio de que Junot cruzara a fronteira e, simultaneamente, a chegada de um exemplar de *Le Moniteur*, tornando pública a decisão de Napoleão Bonaparte de destronar o reino de Bragança, levaram o Conselho de Estado português em reunião, no dia 24 de novembro, a recomendar ao rei a partida³. Então, embarcaram para as terras coloniais: a

¹. CERQUEIRA, Marcello. *A Cartas Constitucionais. Império, República e Autoritarismo (Ensaio, Crítica e Documentação)*. Rio de Janeiro: Renovar, 1997.

². Idem.

³. Idem.

Casa real, ministros, conselheiros de Estado, fidalgos, clérigos, magistrados e autoridades médicas.

A existência de uma autoridade médica em Portugal, integrada no dispositivo político-administrativo da monarquia, tem sua origem mais remota no funcionamento do cargo de Cirurgião-Mor dos Exércitos, estabelecido em 1260 com a finalidade de fiscalizar o exercício das artes médicas e cirúrgicas⁴:

Em 1430, o Rei exige que todos os que praticam medicina sejam examinados e aprovados pelo seu médico – também denominado físico –, que lhes concederá carta para o exercício da arte, sem a qual seriam presos e perderiam seus bens. Em 1448, o Regimento do Cirurgião-Mor, sancionado em lei do Reino, explicita os encargos da função, tais como a regularização do exercício da medicina e cirurgia através de licença, legalização e inspeção das farmácias. A autonomia das funções de Físico-mor é conferida pelo Regimento de 1521, em que aparece a divisão de atribuições entre dois tipos de autoridade: a do Físico-Mor, encarregado do controle da medicina, e a do Cirurgião-Mor, com poder similar em relação à cirurgia⁵.

Assim sendo, o exercício da prática médica, em Portugal encontrou na regulamentação do Estado o assento para a legitimidade das ações de intervenção no âmbito social. A elite lusa composta de nobres e funcionários, proveniente do Estado moderno europeu - atrasada em termos europeus, mas moderníssima para a colônia - buscou consolidar o poder em mãos reais ao criar e fortalecer a burocracia civil e militar como se nota⁶:

Os juristas e magistrados exerciam um papel de maior importância na política e na administração portuguesa e, posteriormente, na brasileira. Tratava-se de uma elite sistematicamente treinada, principalmente, através do ensino do direito na Universidade de Coimbra, fundada em 1290. O direito ensinado em

⁴. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

⁵. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 25-26.

⁶. CERQUEIRA, Marcello. **A Cartas Constitucionais. Império, República e Autoritarismo (Ensaio, Crítica e Documentação)**. Rio de Janeiro: Renovar, 1997.

Coimbra era profundamente influenciado pela tradição romanística trazida de Bolonha. O direito romano era, particularmente, adequado para justificar as pretensões de supremacia dos reis. Tratava-se de um direito positivo cuja fonte era a vontade do Príncipe e não o poder da Igreja ou o consentimento dos barões feudais⁷.

Nesse sentido, o ensino jurídico da Universidade de Coimbra, criada em 1290, marcou a consolidação da burocracia portuguesa na administração do Estado, inclusive no processo de medicalização da sociedade, ao formar a elite jurídica responsável pelas ações de organização estatal, inclusive no que diz respeito à regulação do exercício da medicina.

Era exíguo o número de físicos e cirurgiões residentes no imenso território colonial brasileiro, quando houve a chegada súbita da Corte portuguesa e, em decorrência, multiplicaram-se os problemas higiênicos e sanitários; e para agravar o cenário, em razão da ocupação pelas tropas napoleônicas de Junot em Portugal, a metrópole encontrava-se impossibilitada de enviar especialistas de Coimbra⁸:

A quase inexistência de médicos era causada, em parte, pela proibição de ensino superior nas colônias. Por outro lado, havia pouco interesse dos médicos portugueses de virem para o Brasil. As poucas vantagens profissionais que lhes eram oferecidas agravavam-se com a dificuldade em mostrar eficiência longe dos remédios europeus, poucos e muitas vezes deteriorados, e com o desconhecimento da flora local. Tais fatores fizeram com que a correlação médico-doença fosse preterida por formas de cura referidas mais ao indígena, ao negro, ao jesuíta, ao fazendeiro do que ao próprio médico⁹.

A definição dos limites jurídicos de exercício das atividades de físico, cirurgião e boticário era acompanhada do estabelecimento gradual de uma

⁷. Ibidem, p. 28.

⁸. MACHADO, Roberto et al. op.cit.

⁹. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 24 -25.

hierarquia de importância entre elas¹⁰. A fiscalização era entendida como a forma privilegiada de articular a atividade médica ao poder soberano¹¹:

Não tinha nenhuma relação com a problemática da higiene pública, no sentido preciso de organizar medidas de controle do espaço social [...] Seu objetivo não era a sociedade em geral, mas a própria medicina. Era um órgão de tipo corporativo encarregado de fiscalizar o exercício das profissões médicas. Órgão do tipo burocrático-administrativo para quem regularizar era legalizar. Espécie de tribunal da medicina que julgava e punia quem transgredisse seus regulamentos no exercício da “arte de curar”. Ação, portanto, limitada ao interior da própria medicina e assim mesmo de tipo jurídico e punitivo¹².

A Fisicatura, por sua vez, não era lugar de enunciação do discurso médico que deveria orientar a prática, mas, unicamente, o lugar político de regulação dessa prática através de leis que visavam a legitimá-la e fiscalizá-la no território brasileiro. Durante todo o período colonial, os moradores de cidades e vilas demandavam a presença do médico. Havia carência, ou melhor, quase inexistência de médico¹³:

Desde 1521, prevê-se a função de juizes comissários do Físico e Cirurgião mores para o Reino e seus domínios [...] No século XVII, são designados médicos para exercer, na cidade da Bahia, os ofícios de Físico e Cirurgião mores do Estado do Brasil. Os cargos eram de caráter vitalício, não de direito, mas de fato, provendo-se substituto quando do falecimento do ocupante [...] Apesar do título grandioso, as funções de Físico-Mor do Brasil não deviam ser objetos de grande cobiça. Dada as condições da Colônia, o âmbito de ação dessa autoridade era restrito e praticamente nula sua eficácia administrativa¹⁴.

A carência de médicos no Brasil Colônia levava o povo a pedir auxílio às autoridades portuguesas, sobretudo em razão da constatação de doenças que, muita das vezes, acarretavam a morte¹⁵. O anseio da população

¹⁰. Idem.

¹¹. Idem.

¹². Ibidem, p. 37.

¹³. Idem.

¹⁴. Ibidem, p. 28-29.

¹⁵. Idem.

em relação à demanda de médicos correspondia à construção da imagem social do exercício da função médica: o médico é, portanto, uma pessoa que figura na relação entre o Rei e seus vassallos através da presença da doença e da morte¹⁶.

A figura do médico estava relacionada a um cargo pertencente à administração colonial. O Regimento de 1744 trasladou o modelo de autoridade médica hierarquizada portuguesa e não tinha por objetivo promover a saúde da população como um todo ou a formação de profissionais de saúde, mas impedir casos particulares de abusos de atribuições na colônia brasileira: o problema da doença só secundariamente se encontrava tematizado, submetido que estava às exigências fiscalizadoras da administração¹⁷. Esse tipo de autoridade - Fisicatura- encarregada da fiscalização do exercício da medicina, cirurgia e farmácia não parece, entretanto, ter tido maior êxito:

A Fisicatura era um órgão do Estado que expressava no campo da medicina as características básicas da política portuguesa. Dois limites, entretanto, a marcavam. Por um lado, não exercia nenhum poder além das magras fronteiras da fiscalização da prática médica. Por outro lado, não exercia nenhuma função terapêutica, normalizadora. Como tribunal que julgava e punia os infratores, sua função era mais jurídica do que médica¹⁸.

Em uma tentativa de substituir a Fisicatura no território colônial, em 1782, D. Maria I criou a Junta do Proto-Medicato que representava uma centralização dos poderes individuais dos Físico e Cirurgião mores em um Conselho ou Tribunal com a seguinte composição¹⁹:

Composto de sete deputados, de natureza consultiva e deliberativa, tendo sempre como objetivo a fiscalização do exercício da profissão. Controlava o exercício da medicina e cirurgia permitindo a obtenção de diploma de licenciado a

¹⁶. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 23.

¹⁷. Ibidem, p. 36.

¹⁸. Ibidem, p. 157.

¹⁹. Idem.

quem apresentasse certidão de exercício médico ou cirúrgico em qualquer hospital do Reino, passado por médico formado, e fosse aprovado em exame teórico que ele realizava. Controlava também a venda de medicamentos, obrigando todo boticário a tirar licença da Junta que, com esse objetivo, mandava um visitador averiguar a existência, os pesos e medidas, a limpeza de utensílios e o bom estado dos medicamentos, proibindo também a venda de remédios secretos²⁰.

Todavia, não houve grande modificação com a passagem da Fisicatura ao Proto-Medicato, em que pese o objetivo de ambos fiscalizarem o exercício da medicina, cirurgia e farmácia²¹. Além dessa continuidade de objetivos, os cargos de Físico e Cirurgião mores não desapareceram, na medida em que os dois faziam parte da Junta como deputados natos²². A figura do cirurgião-mor foi substituída pela Junta perpétua do Proto-Medicato, que aqui se fazia representar por deputados e enfermeiros diplomados em Coimbra²³:

Esses profissionais tinham como função policiar o exercício de qualquer atividade ligada à cura, além de habilitar com “cartas de autorização” todos aqueles que quisessem praticar tal “arte” [...] “práticos” e “proto-médicos” não passavam, por sua vez, de simples iniciantes, geralmente, mestiços, analfabetos e cuja atuação não levava a qualquer posição de maior prestígio social. Constituíam pequena minoria no meio da multidão de curandeiros, parteiras, boticários, dentistas e sangradores que abundavam em vista da carência absoluta de médicos em toda a Colônia²⁴.

A semelhança essencial entre Proto-Medicato e Fisicatura ficava também evidente pelo fato de D. João, em 1808, recém-chegado ao Brasil, ter abolido definitivamente a Junta Proto-Medicato em 1809²⁵:

²⁰. Ibidem, p. 35-36.

²¹. Idem.

²². MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 36.

²³. SCHWARCZ, Lília Moritz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

²⁴. Ibidem, p. 251-252.

²⁵. MACHADO, Roberto et al., op. cit.

Mudança que inclusive parece ter-se dado pela impossibilidade de uma transferência imediata da Junta para o Brasil, que passava a ser a sede do Reino, dada a urgência de aqui instalar uma autoridade médica, como também pelo fato de D. João contar com a presença no Brasil do Cirurgião- Mor dos Exércitos, que o acompanhou na viagem e que era, portanto, um dos deputados natos da Junta²⁶.

Outrossim, no período colonial, as Câmaras Municipais também fiscalizavam o exercício da medicina, além de zelar pela limpeza da cidade, ao cuidar da sujeira, especialmente do porto²⁷: a população, vital para defender a terra e fazê-la produzir, aparece como elemento a ser preservado em vida, como vassalos do Rei, povoadores de uma terra disputada e produtora²⁸.

Assim, a função das Câmaras era retirar unicamente da cidade as sujeiras vistas como prejudiciais à vida, e tal problemática era sempre tematizada em função do não- cumprimento das Ordenações Filipinas²⁹:

A cidade, com suas ruas, becos e praças, aparece nos discursos como objeto de um conhecimento e uma prática motivados pela retirada ou eliminação do que é tido como desvirtuamento de uma situação anterior, originária, e ditados pela não-observância das posturas; não se constitui como objeto passível de sofrer uma intervenção que signifique não o conserto, a restauração, mas a transformação. O que explica a inexistência, durante toda essa época, de um planejamento global e minucioso da Câmara que integrasse os diversos objetos atingidos por seu raio de ação ao mesmo tempo que os circunscrevesse e analisasse³⁰.

Em relação ao período colonial brasileiro, não se poderia ainda falar em medicina social, pois não havia presença do saber da medicina, nem

²⁶. MACHADO, Roberto et al., loc. cit.

²⁷. MACHADO, Roberto et al., op.cit.

²⁸. MACHADO, Roberto et al., op.cit, p. 43.

²⁹. MACHADO, Roberto et al., op. cit. Além disso, é possível identificar no Livro V das Ordenações Filipinas diretrizes sobre a curatela para os loucos e pródigos, inclusive no art. 66, 3 do Livro I e no Livro IV, Título CIII que versava sobre essa questão em relação aos pródigos e mentecaptos.

³⁰. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 46.

do médico como uma autoridade nas questões que diziam respeito a uma ação política sobre a cidade tendo em vista à saúde da população. Só a ilusão retrospectiva dos historiadores, que buscam continuidades sem respeitar o tempo próprio dos conceitos, pode falar de higiene pública durante todo esse período³¹:

A higiene será um tipo de intervenção característica de uma medicina que coloca em primeiro plano a questão de sua função social; que produz conceito e programas de ação através de que a sociedade aparece como novo objeto de suas atribuições e a saúde dos indivíduos e das populações deixa de significar unicamente a luta contra a doença para se tornar o correlato de um modelo médico-político de controle contínuo. A higiene pública é uma face da medicina social [...] As Câmaras se limitam a responder a situações que relacionam sujeira e doença, através de determinações que reafirmam as posturas e de cargos que duplicam ou completam outros existentes, sem, entretanto, planejar ou executar um trabalho sanitário preventivo³².

A administração portuguesa não se caracterizou pelo menos até a segunda metade do século XVIII, pela organização do espaço social visando a um ataque planificado e continuado às causas de doença, agindo com uma postura muito mais negativa do que positiva no que diz respeito à saúde³³:

O que, basicamente, se evidencia na leitura dos documentos deste período que se refere à “saúde dos vassalos”, “saúde dos povos”, “saúde da população” e mesmo “saúde pública” é o que o termo saúde nunca é tematizado em si mesmo, nunca é definido ou explicitado. Nem a reflexão médica, nem a prática política se organizam no sentido de fazer da saúde um objetivo fundamental de sua especialidade. Isto não significa que não haja uma preocupação com a saúde, interesse para com ela, ou que não seja percebida como valor. Entretanto, o que se constitui explicitamente como problema é seu inverso, sua marca negativa, a doença e a morte. Perspectiva mais de combater o mal do que de cultivar um bem. A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado. Embora encerre o máximo de

³¹. Ibidem, p. 53.

³². Ibidem, p. 53-54.

³³. Idem.

positividade, só é percebida negativamente pela presença da realidade representada pela doença³⁴.

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica; antes disso, não se encontrava, seja nas instituições, propriamente, médicas, seja no aparelho do Estado, a relação explícita entre saúde e aparelho de Estado. A administração colonial não planejava um combate às causas das doenças. Tais modificação atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, cada vez mais intensas: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo de reflexão e da prática médicas, e a situação da medicina³⁵:

Se a sociedade, por sua desorganização e mau funcionamento, é causa de doença, a medicina deve refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais visando a neutralizar todo perigo possível. Nasce o controle das virtualidades; nasce a periculosidade e com ela a prevenção. O médico torna-se cientista social integrando à sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a topografia, a história; torna-se planejador urbano: as grandes transformações da cidade estiveram a partir de então ligadas à questão da saúde; torna-se, enfim, analista de instituições: transforma o hospital – antes órgão de assistência aos pobres – em “máquina de curar”; cria o hospício como enclausuramento disciplinar do louco tornado doente mental; inaugura o espaço da clínica, condenando formas alternativas de cura; oferece um modelo de transformação à prisão e de formação à escola³⁶.

No processo de medicalização da sociedade há uma profunda relação de imanência entre o saber médico e o Estado, bem como das estruturas administrativas, políticas e jurídicas:

O **processo de medicalização da sociedade** (grifo nosso), que se intensifica, é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano

³⁴, MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 56 .

³⁵, Idem.

³⁶, Ibidem, p. 155-156.

não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação dos desviante - sejam quais forem as especificidades que ele apresente - em um ser normalizado; é a certeza de que a medicina não pode desempenhar esta função política sem instituir a figura normalizada do médico, através sobretudo da criação de faculdades, e produzir a personagem desviante do charlatão para a qual exigirá a repressão do Estado³⁷.

Nesse contexto, a medicina social torna-se integrante do Estado, uma vez incorporada como um instrumento de ação e controle político individual e coletivo dos espaços sociais. Dessa forma, não seria a própria racionalidade científica e politicamente neutra da medicina que seria requisitada pelo aparelho estatal e utilizada em uma perspectiva ideológica que a adulteraria ou a descacterizaria, mas sua dimensão heterogênea³⁸:

O saber médico já nasce orientado, de seu próprio interior, por esta posição de intervenção política, que não significa, portanto, uma extrapolação de seu conteúdo ou de suas pretensões. A existência de um Estado epistemológico - que não pode dispensar os procedimentos de produção de verdade sobre si mesmo e a sociedade - é uma característica constitutiva do projeto de medicina social³⁹.

Assim, até 1800, a carreira médica era vedada aos colonos, pois a proibição do ensino superior era um ponto básico da política de Portugal com relação ao Brasil colonial⁴⁰. Entretanto, a situação se inverteu após o édito real de 1º de maio de 1800 que determinou a designação, pelo Rio de Janeiro, de quatro estudantes a continuarem seus estudos em Coimbra: dois

³⁷. Ibidem, p. 156.

³⁸. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 157.

³⁹. Ibidem, p. 158.

⁴⁰. Ibidem, p. 170.

se especializariam em matemática, o terceiro em medicina e o último em cirurgia⁴¹.

Na colônia brasileira, o ensino era controlado pelos jesuítas, e limitava-se às escolas elementares, pois não existiam centros de pesquisa ou de formação superior até a chegada de D. João VI e da família real em 1808. A partir de então, inicia-se uma história institucional local:

Data dessa época a instalação dos primeiros estabelecimentos de caráter cultural – como a Imprensa Régia, a Biblioteca, o Real Horto e o Museu Real – instituições que transformavam a colônia não apenas na sede provisória da monarquia portuguesa, mas como um centro produtor e reproduzidor de sua cultura e memória⁴².

D. João VI, por meio da carta régia de 18 de fevereiro de 1808 criou a Escola Cirúrgica, no edifício do antigo Colégio Jesuítas, sede do Hospital Militar, seguindo a sugestão do Cirurgião-Mor do Reino, José Correia Picanço. Já em 2 de abril inaugurou a Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro na sede do Hospital Real Militar.

A necessidade de uma polícia médica se coloca no Brasil, a partir da chegada de D. João que, em 05 de abril de 1808, criou a Intendência Geral de Polícia, com o encargo de ocupar-se da realização de um governo civil na Corte, preocupado com a subsistência da cidade, manifestando-se pela edificação e melhoramento de estradas e pelo combate à ociosidade⁴³. Era a concretização de um governo policial que conhecia e ordenaria a população e cujo poder se estenderia até a competência propriamente jurídica sobre os infratores da ordem que promovia⁴⁴.

Nesse caminho, em 1809, foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Costa e Estados do Brasil, a ser ocupado pelo próprio Físico-Mor, tratava-se de uma instância, propriamente, médica que assumiu o controle

⁴¹. SCHWARCZ, Lília Moritz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil-1870** (1930). São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

⁴². Ibidem, p. 32.

⁴³. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

⁴⁴. Ibidem, p. 169.

das medidas de higiene pública. A Intendência de Polícia e Provedoria de Saúde eram poderes que se recobriam e se complementavam em suas funções⁴⁵.

O paralelismo existente entre ambas se expressava de maneira clara na criação, em 1810, do Instituto Vacínico, do qual faziam parte o Intendente de Polícia e o Físico- Mor⁴⁶. Todavia, foi somente em 1813 que as Escolas Cirúrgicas foram reorganizadas segundo o projeto do Dr. Manuel Luis Alvaro de Carvalho e preconizado o plano de fundação de três academias médico-cirúrgicas, a saber, uma na Bahia (1815), outra no Rio de Janeiro (1813) e a terceira em São Luís do Maranhão que não chegou a ser criada⁴⁷:

O programa foi reformulado e ampliado, e novas regras foram implementadas. Dentre elas, a mais relevante diz respeito ao estatuto profissional dos alunos recém-formados: terminados os exames do quinto ano, os aprovados recebiam a carta de “cirurgião aprovado”, sendo que os bons estudantes que desejassem repetir as matérias do quarto e quinto anos receberiam a graduação de “formados em cirurgia”, que correspondia a uma espécie de bacharelado na área. Criava-se, dessa maneira, uma nova rede de hierarquias, na medida em que o cirurgião formado gozava de uma série de regalias que não se estendiam ao cirurgião aprovado, mas ambos deveriam se submeter-se à avaliação e licença outorgada pelo cirurgião-mor do Reino⁴⁸.

A origem da história institucional da polícia médica no território brasileiro durante o período colonial foi marcada pelo controle social e pela participação intrínseca da ação médica na condução das políticas públicas da administração da coroa portuguesa.

No plano político, a Revolução do Porto (1820) assinalou a prefiguração do regime constitucionalista em terra lusitana. Sem encontrar qualquer resistência, tal movimento despertou enorme entusiasmo na população. Além do seu atraso em relação aos países já industrializados e à hesitação

⁴⁵. Idem.

⁴⁶. Ibidem, p. 170.

⁴⁷. SCHWARCZ, Lília Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

⁴⁸. Ibidem, p. 255.

política do desmanche dos alicerces políticos e jurídicos do Antigo Regime arraigado em suas terras; Portugal ainda deveria resolver a equação de manter a colônia do Brasil sob sua dependência econômica, em concomitância, com a deflagração da sua luta pela independência nacional. Esse avanço português nas ideias liberais, além de impulsionar a libertação do domínio inglês, encontraria desafios relacionados à manutenção da escravidão e do colonialismo⁴⁹.

Dependente, economicamente, da Inglaterra em razão dos tratados assinados em 1654 e 1703, Portugal só alcançaria a independência política à medida que fortalecesse o mercado interno, consequentemente, realizasse uma gestão financeira de proteção interna dos produtos ingleses⁵⁰. Romper tratados ruinosos, defender a indústria portuguesa da concorrência dos produtos industriais ingleses e libertar o comércio externo da dominação britânica e manter o Império luso serão os temas principais das Cortes Constituintes de 1821 - 1822⁵¹.

De fato, os países ibéricos executaram funções relevantes na formação do capitalismo mercantil, perdendo essa precedência com a ascensão do capitalismo industrial inglês:

A unidade da burguesia lusa, realizada em 1820, na luta contra o domínio inglês e a classe senhorial, dependerá da manutenção do Império Luso-Brasileiro. Será nesse quadro de dependência continuada e incertezas acumuladas que se irão realizar as Cortes Constituintes em Portugal, inclusive com a “participação” de deputados brasileiros⁵².

No que se refere às Cortes Extraordinárias e Constituintes lusas, o absolutismo português já convivia com as *leis fundamentais do Reino* (as Atas das Cortes de Lamego, as leis das Cortes de 1674 sobre regência e tutoria na menoridade dos reis, de 1679 sobre casamento dos príncipes e

⁴⁹. CERQUEIRA, Marcello. **A Cartas Constitucionais. Império, República e Autoritarismo. (Ensaio, Crítica e Documentação)**. Rio de Janeiro: Renovar, 1997.

⁵⁰. Idem.

⁵¹. Ibidem, p. 25.

⁵². Ibidem, p. 26.

de 1698 sobre a sucessão da Coroa) e experimentalista o convívio com a Constituição de uma monarquia parlamentar⁵³.

A Constituição portuguesa de 1822, com forte influência da Constituição espanhola de 1812 (Constituição de Cádiz), precisava enfrentar a questão colonial das terras brasileiras. Para tentar garantir a “união real”, o *vintismo* previu para o Brasil uma Regência (art.128), de 5 membros, encarregada do poder executivo⁵⁴.

As Cortes já estavam reunidas em Lisboa desde 21 de janeiro, quando chegaram os primeiros deputados brasileiros, em fins de agosto. Dessa maneira, a aprovação das bases da Constituição sem a presença dos brasileiros era o prenúncio da desqualificação representativa e das hostilidades no porvir⁵⁵.

Entretanto, inicialmente, os deputados brasileiros não tinham intenções separatistas, como afirma José Bonifácio que aceitava o princípio da integridade e indissolubilidade do Reino Unido, assegurada a igualdade de representação nas Cortes Gerais e Ordinárias. Dado esse panorama político, ficava evidente o clima de desconfiança mútuo entre os dois reinos. Portugal queria manter o domínio, mascarando-o na Constituição; os brasileiros exigiam absoluta paridade política. O colonialismo era o passado⁵⁶.

Os portugueses se arrogaram uma tarefa politicamente inviável: liberal em sua terra, colonizadora além-mar. O Brasil, que por mais de uma década sediara a monarquia, alcançara o estatuto de reino, abrira seus portos ao comércio do mundo, queria uma Constituição com iguais direitos. D. Pedro I, no Rio de Janeiro, convocou uma assembleia constituinte, afirmando pouco depois ao rei ser inevitável a separação do Brasil. O Manifesto de Falmouth traz as explicações de rompimento com Portugal⁵⁷.

⁵³. CERQUEIRA, Marcello. **A Cartas Constitucionais. Império, República e Autoritarismo. (Ensaio, Crítica e Documentação)**. Rio de Janeiro: Renovar, 1997.

⁵⁴. Ibidem, p. 30.

⁵⁵. Idem.

⁵⁶. Ibidem, p. 31.

⁵⁷. Idem.

José Bonifácio, que a princípio não queria a separação, mas uma unidade de dois reinos livres com uma monarquia dual passou a defender a separação, liderando inclusive a guerra da Independência com a vitória na Bahia em 1823, e a partir desse novo quadro político buscou alcançar o reconhecimento da Independência brasileira junto a outros países, como por exemplo, da Inglaterra. O reconhecimento da Independência, desde logo, dependeria da aceitação pelo rei de Portugal da perda da sua colônia. Entretanto, os interesses convergentes, embora contraditórios, da Inglaterra e dos países da Santa Aliança favoreceram o reconhecimento⁵⁸.

A Carta imperial de 1824 trazia consigo fortes características da Constituição portuguesa 1822. Assim, as instituições brasileiras dariam continuidade ao direito português com grande influência do direito romano, sobretudo, no campo do direito privado. O imperador D. Pedro I, no dia 3 de maio de 1823, já instituído por ato próprio como Imperador constitucional do Brasil, advertiu que só defenderia uma constituição que fosse digna dele; dessa forma, o texto constitucional não poderia se inspirar nas Cartas das Revoluções liberais do século XVIII, principalmente, da Constituição francesa de 1791. Além disso, havia tensão nos trabalhos constituintes, pois a Assembleia estaria sempre submetida ao juízo superveniente do monarca⁵⁹.

Antonio Carlos Ribeiro de Andrada Machado e Silva assumiu o protagonismo do processo constituinte ao alertar que era necessário definir as relações entre os poderes do Império, respeitando já o imperador constitucional, chefe hereditário da casa real brasileira e titular do poder executivo. Prudente, recomendou aos radicais: não se ataque a realeza⁶⁰.

Dentre as causas que podem ser apontadas para a dissolução da Assembleia Constituinte, pode-se afirmar que as disposições constitucionais; como a submissão das forças armadas ao Parlamento, a não dissolução do

⁵⁸. CERQUEIRA, Marcello. **A Cartas Constitucionais. Império, República e Autoritarismo. (Ensaio, Crítica e Documentação)**. Rio de Janeiro: Renovar, 1997, p. 33.

⁵⁹. Idem.

⁶⁰. Ibidem, p. 35.

Legislativo pelo Imperador e a restrição ao poder de veto, que seria apenas suspensivo, causaram indignação a D. Pedro I que refletia tardiamente as contradições do movimento liberal europeu. Os constituintes não seguiram à risca a advertência absolutista do Imperador, e como o projeto não foi digno dele, D. Pedro dissolveu a Assembleia e prendeu os recalcitrantes, como se sabe. Eis o início do constitucionalismo brasileiro⁶¹.

No campo jurídico, com profunda relação com a lógica e dinâmica da independência em 1822, o nascimento dos estabelecimentos de ensino tinha o objetivo de criar, no Brasil, uma inteligência local apta a enfrentar os problemas específicos da nação. Nas mãos desses juristas estava a responsabilidade de ruptura com o estatuto colonial, a fim de consolidar uma nova consciência nacional e não apenas a elaboração de novas leis:

A ideia era substituir a hegemonia estrangeira – fosse ela francesa ou portuguesa – pela criação de estabelecimentos de ensino de porte, como as escolas de direito que se responsabilizariam pelo desenvolvimento de um pensamento próprio e dariam à nação uma nova Constituição⁶².

Assim, no que se refere ao panorama intelectual jurídico, em 1827, foi aprovada a lei que estabelecia dois centros de estudos jurídicos no país – São Paulo e Recife. Ambos preocupados com a elaboração de um código nacional, utilizavam, porém, interpretações diversas: enquanto em São Paulo, majoritariamente, adotavam-se modelos liberais de análise, em Recife predominava o social-darwinismo de Haeckel e Spencer⁶³:

A partir desse momento uma nova concepção do direito se constrói: uma noção “*científica*”, em que a disciplina surge aliada à biologia evolutiva, às ciências naturais e a uma antropologia física e determinista [...] “Longe da

⁶¹. Idem.

⁶². SCHWARCZ, Lília Moritz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p. 186.

⁶³. Idem.

metafísica”, “distantes do subjetivismo”, viviam esses intelectuais a certeza de estarem construindo não somente novas teorias, mas também uma nova nação⁶⁴.

Nessa configuração relacional médico-jurídica, uma análise comparativa com a produção científica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro permite perceber uma disputa hegemônica entendida, nesse momento, como a prática profissional em construção:

Quando contrastado com as faculdades de direito, com a fala do bacharel, o discurso médico ganha mais outra conotação. Na ótica médica o objetivo era curar um país enfermo, tendo por base um projeto médico-eugênico, amputando a parte gangrenada do país para que se restasse uma população de possível “perfectibilidade”. O “homem de direito” seria um assessor que colocaria sob a forma de lei o que o perito médico já diagnosticara e com o tempo trataria de sanar. Nas faculdades de direito, as posições praticamente se invertem: cabia ao jurista codificar e dar uma forma unificada a esse país, sendo o médico entendido como um técnico que auxiliaria no bom desempenho desses profissionais das leis⁶⁵.

O art. 167 da Constituição Imperial de 1824 previa a existência de Câmaras Municipais para o estabelecimento da ordem pública, em razão disso, editou-se o Regulamento de 1828 estabelecendo um Código de Posturas, a fim de conter a desordem urbana:

Os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais. Assim, as câmaras municipais se preocupavam com as sujeiras das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos. E desde aquela época os moradores da cidade solicitavam a presença de médicos, mediante cartas ao rei, apesar da dificuldade de serem encontrados profissionais dispostos a migrarem para o Brasil⁶⁶.

Nestas Posturas, o objetivo do Governo Municipal não era só manter a tranquilidade e segurança dos habitantes, mas promover a saúde da

⁶⁴. Ibidem, p. 196.

⁶⁵. Ibidem, p. 249.

⁶⁶. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 25-26.

população⁶⁷. A partir de 1828, as responsabilidades da saúde pública foram atribuídas às municipalidades. O Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos passou para a esfera do Ministério do Império e, com os casos de febre amarela no Rio de Janeiro, foi criada, em 1850, a Junta de Higiene Pública⁶⁸:

Uma nova reforma dos serviços sanitários foi efetuada durante o Império, com a criação da Inspetoria Geral de Higiene, da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública. Nessa ocasião, foram adotadas as primeiras medidas voltadas para a higiene escolar e para a proteção de crianças e adolescentes no trabalho das fábricas⁶⁹.

O advento da Constituição Imperial reforçou a prática do intervencionismo médico já exercido no período colonial. Tal documento constitucional no art. 174, XXIV apresentou, à defesa do argumento da inviolabilidade dos direitos civis e políticos dos cidadãos brasileiros, a liberdade para atividades de comércio, trabalho, cultura e indústria, desde que não se opusessem à saúde dos cidadãos, aos costumes públicos e à segurança. Embora com previsão no texto constitucional, à época, vigorava, paradoxalmente, o regime de trabalho escravagista, à luz desse incipiente mandamento de natureza liberal clássica. Em nome da ordem pública, a saúde era caracterizada, sobretudo, por políticas de higienização social e gentrificação dos espaços públicos, em razão do processo de medicalização da sociedade:

Enquanto a fisicatura apostava em uma estratégia *fiscalizadora*, a medicina científica do século XIX apostava numa estratégia de *normalização* dos espaços sociais. Com esta nova estratégia a medicina se inseriu cada vez mais na vida social, tornando-se um aparelho indispensável ao poder político do Estado⁷⁰.

⁶⁷. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 184.

⁶⁸. PAIM, Jairnilson Silva, op.cit.

⁶⁹. PAIM, Jairnilson Silva, op. cit., p. 26.

⁷⁰. DE CARVALHO, Emílio Nolasco. **A Reforma, as formas e outras formas: um estudo sobre as construções**

É possível notar, portanto, o crescimento da relação interseccional do saber médico com o campo jurídico desde o processo de colonização brasileira, sobretudo, a partir das instituições de natureza médica e seus regulamentos de funcionamento da assistência psiquiátrica e o controle sobre os corpos dos indivíduos. A criação de espaços asilares cumpriria, então, a função de segregação e isolamento das pessoas indesejáveis. Em outras palavras, dos ditos, no discurso jurídico-médico, anormais.

1.2 A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e a Santa Casa de Misericórdia

Nesse sentido, em 1829, surgiu a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro como guardiã da saúde pública, com influência das propostas dos médicos franceses Fraive e Sigaud adaptadas à realidade brasileira, a fim de justificar um projeto de organização da sociedade perfeita, de forma a conter os distúrbios políticos e urbanos:

Criada, apenas alguns anos após a proclamação da Independência política do país, a primeira sociedade médica — a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro — concretizava o sentimento de liberdade vivido pelos médicos e cirurgiões brasileiros que não estavam mais submetidos a constrangimentos e restrições impostos pelo monopólio profissional exercido pelos colegas portugueses. A ideia de fundar a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro nasceu entre um pequeno grupo de médicos e cirurgiões que exerciam suas atividades no principal hospital do Rio de Janeiro, a Santa Casa da Misericórdia. Liderados pelo médico italiano Luiz Vicente De-Simoni e pelo cirurgião brasileiro Joaquim Cândido Soares de Meirelles, aderiram ao projeto dois médicos franceses, José Francisco Xavier Sigaud e João Maurício Faivre, e o jovem médico brasileiro José Martins da Cruz Jobim. Entre os três fundadores estrangeiros da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, existia uma situação similar: ter imigrado devido a perseguições políticas sofridas em seus países de origem. Quanto aos dois brasileiros, destaca-se o fato de pertencerem à primeira geração médicos nacionais formados pela Faculdade de Medicina de Paris, um tipo de formação

que se tornaria cada vez mais comum no decorrer do século XIX. De comum entre brasileiros e estrangeiros havia a experiência europeia, sobretudo francesa, que os fazia compartilhar os mesmos ideais científicos⁷¹.

Através, sobretudo, de suas Comissões Permanentes, a Sociedade de Medicina elabora o saber da nascente medicina social brasileira e planeja sua implantação na sociedade⁷². Dentro desse contexto, a Sociedade de Medicina estabeleceu como objetivos fundamentais a saúde pública e a defesa da ciência médica, objetivos que faziam parte do projeto de realização de uma medicina social⁷³.

É importante destacar que foi sob a influência dessa associação médica, que a Câmara Municipal do Rio de Janeiro organizou, em 1830, e promulgou em 1832, um Código de Posturas que legislava, localmente, partindo do Regulamento de 1828, de que explicita, precisa e desenvolve o conteúdo⁷⁴.

Com o advento da Sociedade de Medicina, há uma projeção da posição e importância do saber médico, bem como da virtude do médico, criando a figura do charlatão como desvio⁷⁵. O projeto médico defende e justifica uma sociedade medicalizada, lutando por uma posição em que o direito, a educação, a política e a moral seriam condicionadas a seu saber⁷⁶.

Segundo os médicos, a medicina oferecia os princípios orientadores da legislação, permitindo o alcance da liberdade. Os povos marcham a passos largos para a liberdade depois que as leis “bebem” na ciência do homem. Lei, medicina, civilização: o necessário para tornar doces os costumes de um povo⁷⁷. A figura do charlatão, criticada e denunciada pela ofensiva da

⁷¹. FERREIRA, Luiz Otávio; MAIO, Marcos Chor; AZEVEDO, Nara. **A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa**. Revista de História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Nov/97 – Fev/98, p. 478.

⁷². MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 186.

⁷³. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 186.

⁷⁴. Idem.

⁷⁵. Idem.

⁷⁶. Ibidem, p. 194.

⁷⁷. Ibidem, p. 195.

Sociedade de Medicina e da Academia Imperial de Medicina⁷⁸, assume a marca negativa no cuidado terapêutico:

Ao mesmo tempo em que a medicina enquanto medicina social oferece ao Estado seus préstimos no combate à epidemias, na elaboração da legislação, distribuição da justiça, urbanização, cobra dele a luta contra o charlatanismo e o reconhecimento da exclusividade do saber sobre a saúde⁷⁹.

Entretanto, as concepções expressas pelos médicos da Academia Imperial de Medicina e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro incorporaram as questões e impasses essenciais que caracterizavam o alienismo francês na época, sem revelar, contudo, uma preocupação em explicitá-los e discuti-los. De modo geral, tais concepções distinguiram-se por uma perspectiva que conferia à loucura uma visibilidade fácil e direta⁸⁰:

A loucura aparece como um espetáculo perceptível aos olhos de qualquer um. O vestuário “grotesco” ou “exótico”, ou as “palavras sem nexos nem seguimento”, ou ainda o delírio, faziam do louco uma presença explícita e inconfundível nas ruas da cidade. A loucura estaria, sempre, de algum modo, associada ao delírio⁸¹.

Assim, o saber médico como detentor do conhecimento da natureza humana, de “modo neutral”, sem os vícios das paixões da sociedade, assumiria o protagonismo vocacional indispensável para a resolução dos problemas de saúde e da manutenção da ordem social. Nesse momento histórico, é oportuno considerar sob quais parâmetros médicos estavam sendo conduzidos os rumos da produção dita científica à época.

⁷⁸ Cf. FERREIRA, Luiz Otávio; MAIO, Marcos Chor; AZEVEDO, Nara. **A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa**. Revista de História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Nov/97 – Fev/98, p. 480: “A Sociedade de Medicina só conseguiu sobreviver graças ao patrocínio estatal obtido a partir de 1835, quando a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro passou a ser denominada Academia Imperial de Medicina. Essa não foi uma mera mudança de nomes, mas uma alteração significativa do projeto original, que acabou tendo o repúdio de José Francisco Xavier Sigaud, um dos fundadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, sobretudo porque trazia como consequência a ingerência direta do governo nos assuntos da sociedade científica”.

⁷⁹ MACHADO, Roberto et al., op.cit., p. 199.

⁸⁰ ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

⁸¹ Ibidem, p. 122.

A ausência de uma cadeira especialmente destinada aos estudos sobre a doença mental nas Faculdades de Medicina do Império faria com que poucos formandos se sentissem, suficientemente, seguros para desenvolverem suas teses em um terreno tão movediço da medicina⁸². Não havia a menor articulação entre a produção das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e as vivências cotidianas das instituições asilares destinadas, exclusivamente, aos alienados⁸³.

Já a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, regida pela irmandade de Lisboa e com os mesmos propósitos desta, foi criada visando acolher os presos, alimentar os pobres, curar os doentes, asilar os órfãos, sustentar as viúvas; enfim, para ser a casa a serviço dos mais carentes, desassistidos e abandonados:

Em março de 1582, Anchieta teria acudido a esquadra espanhola comandada pelo almirante Diogo Flores Valdez com destino ao Estreito de Magalhães, que aportara no Rio de Janeiro devido a enfermidades que acometeram sua tripulação. Providenciando agasalhos e remédios, o jesuíta, para abrigar os enfermos, mandara construir um barracão de palma coberto de sapé na orla marítima do morro do Castelo, que teria dado origem à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e, possivelmente, ao primeiro hospital da cidade. Entretanto, há controvérsias em relação essa data como marco fundador. Nesse sentido, Gabriel Soares de Souza aponta a data de criação da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro em 1587, Felix Ferreira em 1899 e José Vieira Fazenda, 1902⁸⁴.

A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro foi fundada em meados do século XVI, em data incerta, na praia de Santa Luzia n. 2, atual rua de Santa Luzia n. 206, onde permanece até hoje. A sua criação costuma ser atribuída por vários estudiosos ao padre José Anchieta, da Companhia de

⁸². Idem.

⁸³. Ibidem, p. 125.

⁸⁴. CABRAL, Jacqueline. **Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.santacasasrj.org.br> Acesso em: 01 fev 2017.

Jesus, que chegara ao Brasil na esquadra do segundo governador-geral, Duarte da Costa, em 1553⁸⁵.

Quanto ao tratamento dos doentes em seus dois primeiros séculos de existência, contou apenas com um físico e um cirurgião efetivos, além dos que se ofereciam para auxiliá-los em troca do internamento de doentes particulares e do uso das instalações, entre outros interesses⁸⁶.

A instituição foi regida pelo “Compromisso” da Misericórdia de Lisboa, do ano de 1618, confirmado pelo alvará de 18 de outubro de 1806, alterado pela deliberação da Mesa de 13 maio de 1838 e reformado em 30 de maio de 1907⁸⁷. Em que pese os compromissos filantrópicos, altruístas e solidários firmados e exercidos pela Irmandade católica no Rio de Janeiro, ela não ficou isenta de críticas e acusações:

Até 1850, os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica. Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia⁸⁸.

Nesse sentido, a crítica ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia era parte central da argumentação pela necessidade de um hospício:

A ideia básica era que o Hospital da Misericórdia, onde se encontravam os loucos antes do funcionamento do Hospício, não oferecia condições para abrigar medicamente e recuperar o louco. Tanto a repartição dos homens quanto a das mulheres eram insuficientes e impróprias [...] Além disso, o tratamento moral não era praticado; muitos meios do tratamento físico faltam ou são impossíveis; não há divisão para as diversas espécies de loucura; também não há banhos, jardins para passeio, regime especial e regimento próprio.

⁸⁵. CABRAL, Jacqueline. **Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.santacasarij.org.br> Acesso em: 01 fev 2017.

⁸⁶. Idem.

⁸⁷. Idem.

⁸⁸. COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 33.

Finalmente, não havia médico especialista e os enfermeiros não tinham qualificação alguma, além de estarem sempre em rodízio pelo hospital⁸⁹.

A partir de 1830, o grupo de médicos, higienistas na sua maioria, começou a pedir, entre outras medidas de higiene pública, que se construísse um hospício para os alienados. Esses médicos, que foram os criadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro⁹⁰, se serviram de alguns periódicos da época - *Semanário de Saúde Pública*, 1831 - 1833; *Diário da Saúde*, 1835 - 1836; *Revista Médica Fluminense*, 1835 - 1841- para desencadear um importante movimento de opinião pública, com vistas a criação do asilo ao criticar o cuidado praticado pela Santa Casa de Misericórdia⁹¹:

Os loucos eram abandonados a si mesmos e perambulavam pela cidade, também eram criticados os métodos de tratamento empregados pelo pessoal da Santa Casa de Misericórdia. Em vez das celas insalubres dos hospitais gerais e dos castigos corporais, os médicos advogavam a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Em outras palavras, o que se exigia era que os loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente⁹².

Nesse processo de transformação da loucura em doença mental, distinguindo-se de outras áreas médicas, a psiquiatria surge como especificidade de tratamento⁹³. O saber médico aplicado ao projeto de patologizar o louco e torná-lo medicalizável:

⁸⁹. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 377-378.

⁹⁰. Cf. COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 37 : "José Martins da Cruz Jobim, Joaquim Cândido Soares de Meirelles; Luiz Vicente de Simoni; Jean-Maurice Faivre e Francisco Xavier Sigaud. Embora nenhum deles tivesse tido uma formação psiquiátrica propriamente dita, são os verdadeiros fundadores da Psiquiatria no Brasil".

⁹¹. COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

⁹². *Ibidem*, p. 33-34.

⁹³. Cf. AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 21- 23: "Philippe Pinel, médico que ficou conhecido como o pai da psiquiatria, sucessora da ciência alienista, participou ativamente dos acontecimentos da Revolução Francesa, dos debates republicanos, libertários, democráticos e igualitários e, em parte devido a esse motivo, suas ideias e feitos ainda hoje repercutem na sociedade. A Revolução Francesa (1789) foi palco de várias transformações econômicas, sociais e políticas que têm muita importância para a área da medicina e para a história da psiquiatria e da loucura. Uma dessas transformações aconteceu na instituição hospital. Atualmente, quando falamos em hospital o cenário da instituição médica que surge é composto de

Só é, portanto, possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que se denominou política, surge o projeto – característico da psiquiatria – de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável⁹⁴.

A psiquiatria não é uma disciplina teórica e uma técnica terapêutica que sempre existiram. Um saber do tipo médico sobre a loucura que a considera como doença mental e uma prática com a finalidade de curá-la por tratamento físico-moral só se constituem em determinado momento da história⁹⁵.

Em análise comparada, na França, em 1838⁹⁶, foi aprovada pelo Parlamento francês a primeira lei específica de saúde mental, que regulava a maneira como a sociedade deveria lidar com os ditos doentes mentais⁹⁷. Esse documento se configurou na mais importante referência legal para os países ocidentais por mais de um século e trazia como princípio básico

corredores com enfermarias, doentes deitados nas camas e assistidos por médicos e enfermeiros. O hospital é o espaço mais importante para o exercício da medicina, entretanto ele, inicialmente, não era uma instituição médica. Foi criado na Idade Média como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. Por isso, para denominar tais instituições religiosas, utilizou-se a expressão “hospital” que, em latim hospes significa hospedagem, hospedaria e hospitalidade. Para George Rosen, um dos valores básicos que motivaram o surgimento dos hospitais foram os ensinamentos do apóstolo Paulo que pregava a fé, a esperança e a caridade, mas a caridade como o maior dom. Dessa forma, a partir do século IV, do pioneiro hospital criado por São Basílio, em Cesareia, Capadócia (369-372), muitas outras instituições desta natureza foram criadas com a mesma finalidade. A loucura e os loucos tinham muitos significados – de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também os espaços: ruas, guetos, asilos, prisões, igrejas e hospitais”.

⁹⁴ MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 376.

⁹⁵ Idem.

⁹⁶ A primeira lei Ocidental que relacionou o tema da Psiquiatria e Justiça, propondo a legitimidade para o sequestro e isolamento do louco, bem como para a construção do imaginário social da periculosidade da loucura. A internação passou a ser utilizada como recurso da ordem social e o discurso da medicalização da loucura, transformou a loucura em doença mental, analisável, num primeiro momento, no asilo através do isolamento e do tratamento moral.

⁹⁷ Acerca dos estudos sobre o processo de medicalização da loucura durante a transição dos séculos XVII, XVIII e XIX no cenário europeu, bem como sua apropriação pelo saber médico especializado, transformando-a em doença mental, a partir de um arranjo nosográfico, com a composição de um novo status jurídico, social e civil da loucura ver FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978; CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica. A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

a necessidade do isolamento do louco, para tornar possível seu tratamento⁹⁸.

O tratamento moral fundava-se a partir do modelo moral da autoridade médica, responsável pela imposição da disciplina e da ordem no ambiente institucional asilar. Nasce o lema “aos loucos o hospício”, na experiência brasileira, obtendo êxito com a criação do Hospício de Pedro II.

1.3 O Hospício de Pedro II

O Decreto n. 32, de 18 de julho de 1841, assinado pelo Imperador D. Pedro II tinha por finalidade fundar o primeiro hospital destinado, privativamente, ao tratamento de alienados, com a denominação de Hospício de Pedro II. Se na Europa o manicômio e o alienismo surgiram de mãos dadas, como resposta aos intensos debates sociais sobre o que fazer com a multidão de internos que enchiam os hospitais gerais europeus, no Brasil, por outro lado, o Hospício de Pedro II permaneceu durante quase 50 anos sob a direção das freiras da Santa Casa de Misericórdia⁹⁹.

Desde o período colonial (1500 até 1822), os doentes mentais, afirma Darcy de Mendonça Uchôa, não tinham qualquer assistência, inclusive mesmo os que se achavam internados nas “Casas de Misericórdia”:

Permaneciam isolados dos demais doentes por serem considerados perigosos, sendo alojados em porões ou quartos fortes. Os médicos que de Portugal vieram para o Brasil possuíam pouca instrução, limitando-se à prática da medicina geral, não raro confundindo-se o seu trabalho com o de curandeiros e dos “mágicos” da medicina, os cultos religiosos aborígenes e africanos liderados pelo pajé, pai de santo, xamã a praticarem até certo ponto mística medicina do corpo e da alma. Assim não me parece incorreta a assertiva de que inexistia a prática psiquiátrica, o que só ocorreria muitos anos após a própria

⁹⁸. SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M.C.A.; DA SILVA, P. R. F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 42.

⁹⁹. DE CARVALHO, Emílio Nolasco. **A Reforma, as formas e outras formas: um estudo sobre as construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental**. 197f. Dissertação (Dissertação Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2001, p. 32.

independência, quando foi ela se organizando a partir da fundação do Hospício de Pedro II. Com efeito, somente alguns anos após a independência começaram a surgir os primeiros protestos contra a situação dos doentes mentais, muitos deles perambulando pelos campos e pelas ruas das cidades ou aprisionados em cadeias públicas e nos porões das Santas Casas sem qualquer assistência por parte da medicina geral ou especializada. A Comissão de Saúde Pública da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro publicou um relatório crítico elaborado pelo Dr. Cruz Jobim, seguindo-se protestos por parte da Academia Imperial de Medicina, parecendo que essas vozes a favor do doente mental estavam inspiradas no famoso e dramático gesto de Pinel na França e, alguns anos depois, na famosa lei francesa (Lei de Esquirol, 30 de junho de 1838)¹⁰⁰.

Nesse sentido, a historiografia da psiquiatria no Brasil, produzida tanto por uma história tradicional quanto por autores alinhados com a história social ou cultural, é uníssona em estabelecer como marco de origem do alienismo em nosso país a criação, em 1841, da primeira instituição assistencial voltada para a alienação mental: o Hospício Pedro II¹⁰¹.

Trata-se, portanto, do primeiro hospital de doentes mentais na experiência brasileira que inaugura uma nova fase da problemática da loucura e do louco: assinala como marco institucional, o nascimento da psiquiatria no Brasil. Ponto inicial, começo de um processo, a criação do hospício insere-se na transformação mais ampla que atinge a medicina enquanto saber e técnica de intervenção. Considerado sob esse aspecto, o hospício é um resultado; representa um momento de vitória em uma luta que não só antecede, mas prepara sua realização e confere à psiquiatria um lugar entre os instrumentos utilizados pela medicina¹⁰².

O Hospício de Pedro II era um estabelecimento público beneficente, que anexado ao Hospital Santa Casa da Misericórdia, submetido à proteção imperial e financiado pela Comissão da Praça do Comércio, pelo Provedor da

¹⁰⁰. UCHÔA, Darcy de Mendonça. **Organização da Psiquiatria no Brasil**. São Paulo: SAVIER, 1981, p. 29.

¹⁰¹. VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. **Da colônia ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, Dez/11, p. 37.

¹⁰². MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

Santa Casa e pela contribuição discricionária de D. Pedro II cumpriria a função de higiene pública:

Os médicos criticavam a situação do louco nas ruas e no Hospital de Santa Casa, considerando-os tanto como perigosos quanto injustiçados, como criminosos em potencial e como vítimas indefesas. Paradoxo que não pode ter como solução simplesmente privar o louco de liberdade, isolar a loucura da sociedade. O psiquiatra, tomando as coisas conceitualmente, não é um policial. Para ele, o lugar do louco não é a rua, nem a prisão, mas o hospício. A loucura se trata não com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina¹⁰³.

O hospício, nessa época, era o principal instrumento terapêutico da psiquiatria, aparecendo como exigência de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento e ao perigo presente em uma população que começava a perceber como desviante, a partir dos critérios da medicina social¹⁰⁴.

Em 1852, José Clemente Pereira, Conselheiro de Estado e Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro apresentou ao imperador D. Pedro II a necessidade de regular o serviço e administração do Hospício. Assim, em virtude do Decreto n. 1.077, de 4 de dezembro do mesmo ano estabeleceu-se o Estatuto do Hospício destinado para asilo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Império, sem distinção de condição, naturalidade e religião¹⁰⁵:

Na fundação da psiquiatria, o hospício foi concebido como o lugar de exercício da ação terapêutica. Tendo como objetivo destruir a loucura, caracterizando-se por uma ação que não se dava como negativa, dedicada a impedir, a tolher e afastar, mas como positiva, recuperadora, a psiquiatria precisava ser instrumentalizada com uma série de dispositivos que possibilitassem a eficácia de sua intervenção. Daí a importância da organização de um espaço terapêutico e a necessidade do doente mental ser colocado em um ambiente criado especialmente para ele, que não seja exterior ou acidental com relação ao núcleo básico da prática psiquiátrica, mas que, obedecendo aos requisitos

¹⁰³. Ibidem, p. 379.

¹⁰⁴. Idem.

¹⁰⁵. Art. 1º do Decreto n. 1.077 de 1852.

fundamentais postulados pelos médicos, deve canalizar sua ação para possibilitar sua eficácia. Entre hospício e psiquiatria não há, portanto, relação de exterioridade. Ele é mais do que um espaço utilizado para a medicalização da loucura: é uma instituição concebida medicamente. Tanto sua estrutura quanto seu funcionamento realizam o projeto psiquiátrico nascente¹⁰⁶.

Assim, o hospício de alienados era a realização do princípio de isolamento formulado por Esquirol em textos como *De la folie (1816)* e *Sur L'isolement des aliénés* (1832) que foram retomados no Brasil desde a tese de Silva Peixoto, em 1837, aparecendo depois sempre reafirmado em teses de medicina e relatórios médicos¹⁰⁷. Tratava-se do primeiro país na América Latina a fundar um grande manicômio baseado nos princípios do alienismo francês, inaugurado no bairro da Praia Vermelha, a extinta Praia da Saudade, mantinha a mesma tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos, regidos sob a égide de diversas intervenções e arbitrariedade¹⁰⁸.

Além disso, ficou evidente a equiparação jurídica da gestão administrativa do Hospício com a da Santa Casa de Misericórdia¹⁰⁹. Quanto à administração do Hospício de Pedro II, ficou instituída a direção por três membros – distribuídos entre as funções de escrivão, tesoureiro e procurador – da Santa Casa da Misericórdia, nomeados, anualmente, pela Mesa da mesma Irmandade e a ela subordinados, debaixo da superintendência, que pelo compromisso compete ao Provedor¹¹⁰.

Os serviços do Hospício de Pedro II eram divididos entre as áreas econômica, sanitária e religiosa. A competência da execução econômica era do administrador, auxiliado por empregados subalternos. A área sanitária era conduzida pelo diretor¹¹¹, além de clínicos de cirurgia e medicina,

¹⁰⁶. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 429 - 430.

¹⁰⁷. Ibidem, p. 430.

¹⁰⁸. STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma Psiquiátrica Brasileira. Perspectivas humanistas e existenciais**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

¹⁰⁹. Art. 2º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹¹⁰. Art. 3º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹¹¹. Cf. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio

auxiliados por religiosas da caridade, enfermeiro(a)s¹¹² e serventes e um farmacêutico, chefe da farmácia. Já as atribuições religiosas ficariam a cargo dos capelães¹¹³.

Em relação à admissão e saída dos alienados no Hospício, o Estatuto concebia o ingresso gratuito de pessoas indigentes, os escravos de senhores que só possuísem um servo, sem meios de pagar a despesa do seu tratamento e curativo, bem como os marinheiros de navios mercantes, no ato da entrada, escrito, reconhecido por tabelião, do proprietário, consignatário, capitão ou mestre da embarcação a que pertencessem. Os alienados que tinham condições de custear seu tratamento e curativo eram admitidos com pensionistas¹¹⁴.

Nota-se que desde a regulação jurídica (Estatuto) do funcionamento do processo de admissão ao Hospício havia uma discriminação econômica, sobretudo relacionada à capacidade pecuniária do alienado, quanto à acessibilidade da prestação psiquiátrica estatal.

Além disso, o instante da admissão do alienado torna-se ponto de destaque na crítica ao funcionamento asilar por conferir ou não à psiquiatria o mandato social de reconhecimento e destinação do louco. Nesse momento, são abordados problemas relacionados com o direito de sequestração, a relação entre o louco e a família, louco e justiça, louco e psiquiatria, louco e Estado¹¹⁵.

Ninguém era admitido como pensionista sem a ciência das respectivas famílias¹¹⁶, dos tutores, dos curadores, ou senhores, sendo escravos, bem

de Janeiro: Edições Gral, 1978, p. 431: “Em 1855, só havia um médico no Hospício, o próprio diretor, que inclusive não via incompatibilidade entre seu trabalho e o das irmãs, ao contrário bastante elogiado”.

¹¹². Cf. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 437: “O enfermeiro é a instância intermediária entre o médico e o doente, a ponte que ele deve estabelecer entre esses dois extremos é a do olhar vigilante”.

¹¹³. Art. 4º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹¹⁴. Art. 5º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹¹⁵. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

¹¹⁶. Cf. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 431: “O isolamento com relação à família é, no entanto, prioritário para um tipo específico de louco. As famílias ricas não devem ser obrigadas, através de uma lei, a internar um membro seu que esteja louco. Segundo Vieira da Silva, esta seria uma lei pouco liberal, na medida em que a riqueza pode oferecer garantias quanto à segurança e ao tratamento. Neste sentido, se a família rica quiser manter junto dela o alienado, o

como sem a apresentação da pessoa responsável pelo adimplemento mensal das quotas diárias, por escrito ao administrador do Hospício, correspondente a classificação do doente: [I] 1ª classe: quarto separado, com tratamento especial - 2\$000, [II] 2ª classe: quarto para dois alienados, com tratamento especial - 1\$600 e [III] 3ª classe: enfermarias gerais subdivididas para pessoas livres - 1\$000 e escravos - \$800. Em todas as classes, as despesas de vestuário dos alienados corriam por conta própria, pagando o preço que se ajustasse, segundo o estado da alienação mental¹¹⁷.

Os alienados militares, tanto do Exército quanto da Armada, atual Marinha do Brasil, eram direcionados às autoridades competentes e ingresavam como pensionistas, sendo classificados de acordo com o seus respectivos vencimentos à época da enfermidade, de modo que não fossem tratados além do teto: a 1ª classe¹¹⁸.

Os Irmãos da Santa Casa da Misericórdia que ingressassem no Hospício, sem meios de custear as despesas do tratamento e curativo, seriam tratados, gratuitamente, como pensionistas, sendo classificados de acordo com sua posição social e pela relevância da prestação dos serviços à Santa Casa¹¹⁹.

Os registros nos livros de ingresso ou matrícula dos alienados do Hospício de Pedro II ocorriam mediante despacho do Provedor da Santa Casa e o ordenamento dos assentamentos eram sucedidos pela (a) requisição oficial do Juiz de Órfãos ou do Chefe ou Delegado de Polícia do distrito da residência do alienado ou do lugar onde fosse encontrado e sendo militar, eclesiástico ou religioso, do seu superior competente; e (b) pela petição do pai, tutor, ou curador, marido ou mulher ou senhor do alienado, por eles assinada e com reconhecimento da assinatura por tabelião público¹²⁰.

internamento não deve ser imposto. Ainda que com limitações, ela pode reproduzir- ou tentar fazê-lo- um hospício no interior de sua grande casa. A situação é diferente no caso da família pobre e do louco que vaga pelas ruas: não há possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. O isolamento é então indispensável”.

¹¹⁷. Art. 7º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹¹⁸. Art. 8º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹¹⁹. Art. 9º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹²⁰. Art. 10 do Decreto n. 1.077 de 1852.

O Estatuto de 1852 atribui ao médico papel secundário na internação. Juiz de órfãos, chefe de polícia, família e administração da Santa Casa têm primazia na verificação de que um indivíduo deve e pode ser internado¹²¹.

Em qualquer dos referidos casos, tanto os ofícios de requisição como as petições deveriam declarar o nome, naturalidade, residência, idade, condição civil, e estado do alienado; e em relação às petições, elas deveriam ser instruídas com certidão autêntica da sentença do Juiz dos Órfãos que julgasse a demência ou pelo menos de atestado clínico que certificasse a alienação mental, devendo ser reconhecidos por tabelião¹²². Os Estatutos, portanto, não davam ao médico poder absoluto sobre o louco e preservavam a possibilidade de outras instâncias sociais decidirem sobre ele¹²³.

Caso o alienado não ingressasse acompanhado da certidão autenticada do julgamento da demência, ele seria posto em observação durante o lapso de tempo que fosse considerado suficiente para formar juízo seguro do seu estado mental, com o prazo máximo de quinze dias. Os clínicos do estabelecimento ficavam obrigados a propor um parecer motivado, fundamentando suas observações e consignando-as em livro que a juízo do Provedor ordenaria seu ingresso ou sua saída¹²⁴.

Sempre que algum alienado fosse internado sem o diagnóstico de julgamento da sua demência e permanecesse no Hospício por mais de um mês, o administrador ficaria obrigado a comunicar sua admissão ao Juiz de Órfãos da cidade do Rio de Janeiro, a fim de que procedesse conforme o direito¹²⁵.

Para evitar equívocos nos diagnósticos de alienação mental e também para preservar a liberdade e a segurança pessoal dos indivíduos, os membros da administração do Hospício e, particularmente, o Provedor estavam incumbidos de visitar frequentemente os dormitórios e aposentos dos

¹²¹. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

¹²². Art. 11 do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹²³. MACHADO, Roberto et al., op.cit.

¹²⁴. Arts. 12 e 13 do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹²⁵. Art. 14 do Decreto n. 1.077 de 1852.

alienados, fazendo as investigações que julgassem convenientes por si mesmo a fim de conhecer a verdadeira posição do estado mental de cada alienado¹²⁶.

Os alienados não eram despedidos do Hospício antes de obterem um curativo completo, exceto os pensionistas, que poderiam obter alta, independente do seu estado mental, se assim a requeresse, desde que quitadas as despesas vencidas¹²⁷.

Antes de liberar os alienados curados, e mesmo aqueles que por qualquer motivo tivessem que sair antes do seu completo restabelecimento, o administrador do Hospício era responsável por notificar a autoridade ou a pessoa que tivesse requerido a sua admissão e ao Juiz dos Órfãos nos casos em que existisse sentença de julgamento da demência ou do alienado como órfão¹²⁸.

Os alienados eram distribuídos dentro do Hospício em duas divisões: uma compreendendo todos os indivíduos do sexo masculino e outra com os do sexo feminino¹²⁹.

A população asilar não era homogênea, do mesmo modo que também a loucura não era unitária. Mas, curiosamente, não há recobrimento entre os princípios de classificação da loucura tal como aparecem na nosografia médica. A primeira divisão era sexual. Não há e nem pode haver contato de sexos¹³⁰.

Os alienados indigentes e os pensionistas da última classe eram distribuídos da seguinte forma: (a) tranquilos e limpos, (b) agitados, (c) imundos e (d) de afetados por moléstias acidentais. Já os pensionistas das primeiras duas classes eram subdivididos em (a) tranquilos e (b) agitados¹³¹.

¹²⁶. Art. 15 do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹²⁷. Art. 16 do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹²⁸. Art. 17 do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹²⁹. Art. 18 do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹³⁰. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 432.

¹³¹. Art. 19 do Decreto n. 1.077 de 1852.

Os agitados, que em seus acessos de fúria são recolhidos às “casas forte” que ficam no centro do Hospício, são motivo de descrição desabonadora que procura mostrar o quadro ultrapassado e medonho existente em um estabelecimento que deveria ser voltado para a ciência e terapia. Ora, se patologizar o louco significa principalmente desvinculá-lo de formas repressivas para exercer sobre ele um controle normativo, a presença de “casas forte” com tais características aparece como obstáculo à prática recuperadora¹³².

Já os imundos também são apontados como categoria a ser diferenciada, merecedora de um local a eles destinado. A imundície de seus corpos, desdobrando-se na imundície da perversão moral – que faz com que se dilacerem entre si e insistentemente se entreguem à masturbação – exige o reconhecimento de sua especificidade¹³³.

Tais classificações poderiam ser alteradas de acordo com os clínicos do Hospício, autorizadas pelo provedor, sempre que fosse útil ao serviço e tratamento de doentes¹³⁴.

O Hospício era um espaço classificatório que localizava e distribuía os indivíduos em seu interior, a partir de categorias muito pouco médicas como tranquilos-agitados, sujos-limpos e outras do gênero que sempre poderiam ser acrescentadas¹³⁵.

Em cada divisão sexual, havia um clínico encarregado do tratamento e curativo dos respectivos alienados. A distribuição dos clínicos ficava a cargo do provedor. Caso houvesse alguma falta ou impedimento, o clínico poderia ser substituído¹³⁶.

Dentre os serviços sanitários exercidos pelos clínicos, estavam a direção e prescrição de todo o tratamento e curativo dos alienados existentes

¹³². MACHADO, Roberto et al., op. cit., p. 453-454.

¹³³. MACHADO, Roberto et al., op. cit., p. 454.

¹³⁴. Art. 20 do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹³⁵. MACHADO, Roberto et al., op. cit., p. 434.

¹³⁶. Art. 21 do Decreto n. 1.077 de 1852.

nas enfermarias e a regulação da instrução, da ocupação do trabalho e recreio dos alienados em intervalos fixos¹³⁷.

O elogio do trabalho não significa, entretanto, que tenha sido universalmente aplicado no interior da vida asilar. Quem está a ele submetido é o pobre e não o rico. 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 os que eles veem, entretanto, uma saída específica: o trabalho do rico será a diversão. Não é uma clausura, mas um lugar de reeducação, de transformação dos indivíduos para novamente situá-los na posição que ocupavam na sociedade. Seu lucro, se não é imediatamente econômico, é, antes de tudo, moral e social¹³⁸.

Cabia, também, aos clínicos a aplicação de meios coercivos e repressivos, autorizados pelo Estatuto do Hospício de Pedro II, quando fossem indispensáveis ou convenientes para obrigar os alienados à obediência e conceder os prêmios aos que merecessem¹³⁹. Havia ainda a possibilidade de concessão de licença para que os alienados fossem visitados pelos seus parentes e amigos¹⁴⁰.

A habilidade de utilização dos meios de controle para conseguir a docilidade do alienado estava ligada ao conhecimento do médico para penetrar e agir no interior do interno. Ao entrar no hospício, o alienado passa a ser constantemente observado. Observação que se constitui como fonte preciosa de tratamento, ao dar ao médico os instrumentos necessários para a ação que visa a um alienado específico. Os meios de repressão são ativados, fundamentalmente, para conseguir a docilidade. Não visam a marcar o corpo, mas a transformar o corpo violento em corpo pacífico¹⁴¹.

¹³⁷. Art. 22, 1º e 2º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹³⁸. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 442.

¹³⁹. Art. 22, 3º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁴⁰. Art. 22, 4º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁴¹. MACHADO, Roberto et al., op.cit., p. 444 - 445.

Caso houvesse falecimento dentro do estabelecimento, a área clínica deveria especificar as causas certas ou prováveis da morte¹⁴². Os clínicos, no ato de concessão da saída do Hospício, deveriam declarar o estado mental dos egressos e indicar, por escrito, às pessoas responsáveis pelos alienados os preceitos e cautelas que deveriam ser observadas para prevenir as recaídas¹⁴³.

A família do alienado não estava impedida de obter informações acerca do estado mental do internado, cabendo ao clínico apresentar relatório toda vez que fosse requerido¹⁴⁴. O clínico era responsável por informar, periodicamente, a cada três meses do estado e natureza dos falecimentos dos alienados retidos no Hospício por ordem da autoridade pública¹⁴⁵.

Ainda no que se refere à gestão administrativa e aos cuidados terapêuticos, cumpria ao dever clínico a organização anual e estatística dos alienados, nominalmente, e o relatório dos métodos terapêuticos empregados no tratamento de cada um dos doentes, acompanhado das circunstâncias das doenças, do resultado das suas observações a fim de que tudo estivesse incorporado no relatório geral¹⁴⁶.

O Hospício era, arquitetonicamente, dividido em duas partes simétricas, com a forma de um retângulo com um bloco lateral separando as alas entre os sexos, subdivididas ainda por classes. Essa distribuição interna do espaço asilar não implicava a existência de livre circulação, dessa maneira, o contato interno dentro do Hospício era organizado de acordo com o sexo, a classe e o tipo de comportamento¹⁴⁷.

A dieta alimentar dos alienados era prescrita pelos respectivos clínicos, que estavam obrigados a respeitar as tabelas anexadas ao Estatuto do

¹⁴². Art. 22, 5º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁴³. Art. 22, 6º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁴⁴. Art. 22, 7º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁴⁵. Art. 22, 8º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁴⁶. Art. 22, 9º do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁴⁷. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 433 - 434.

Hospício¹⁴⁸. Os dormitórios dos alienados e, particularmente, dos agitados e imundos, eram convenientemente preparados para a devida limpeza, segurança e mais necessidades do seu tratamento. Sob condição especial estavam os dormitórios dos pensionistas da primeira e segunda classes em razão da contraprestação financeira remunerada ao estabelecimento¹⁴⁹.

A casa de banho estava disposta e preparada para a possibilidade de administrar aos enfermos banhos higiênicos e medicinais¹⁵⁰. Quanto à disciplina, os alienados eram vigiados, assiduamente, de forma que estivessem sempre limpos e asseados, e em virtude da ordem, não existissem discussões e distúrbios dentro do estabelecimento¹⁵¹.

A vigilância era uma propriedade essencial do Hospício. O louco deveria ser vigiado em todos os momentos e em todos os lugares. Deveria estar submetido a um olhar permanente¹⁵².

Além das horas de descanso previstas em regimento interno, os alienados, quando as circunstâncias permitissem, eram entretidos em ocupações de instrução e recreio e em trabalhos manuais nas oficinas e no serviço doméstico do estabelecimento, nos jardins e chácaras de acordo com as prescrições clínicas e com as devidas precauções, tendo em vista na realização laboral a cura dos alienados e não o lucro do Hospício¹⁵³.

A ideia do trabalho como tratamento para a alienação mental, também proposta pelo alienismo, ancorava-se na crença de que era possível a aproximação com a loucura, já que sua natureza alienada não deixava de conservar, em algum nível, o ser de razão o que, por consequência, tornava-a passível de cura¹⁵⁴. Havia aqueles que trabalhavam nas chácaras, mas

¹⁴⁸. Art. 23, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁴⁹. Art. 24, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁵⁰. Art. 25, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁵¹. Art. 26, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁵². MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 435.

¹⁵³. Art. 27, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁵⁴. VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. **Da colônia ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, Dez/11, p. 36.

existia o perigo da evasão. Improdutivos e ociosos, os alienados não contravam, no Hospício, meios de cura¹⁵⁵:

A administração do tempo no espaço asilar representava a possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação através do tratamento. Assim, se não há tempo específico de medicação é que, paradoxalmente, o hospício medicaliza a totalidade do tempo da vida dos indivíduos que estão a ele submetidos [...] A norma de trabalho impera no hospício e se materializa em oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, colchoaria, escovas, móveis, calçados. Para os alienados que não tinham aptidão para tanto, se prescrevia a jardinagem ou trabalho com servente de obras, refeitórios, enfermarias, etc. E do mesmo modo que os alienados são premiados pela docilidade e obediência, também o são pela assiduidade e perfeição no trabalho, que é o principal meio de obtê-las. A essa realidade corresponde a teoria psiquiátrica do trabalho com principal meio de cura, afirmando que sua principal finalidade não é a busca do lucro, mas o próprio trabalho como princípio a ser interiorizado, como um bem que de ser adquirido. Trabalho significa coordenação de 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 sequência coordenada e ordenada. O trabalho permite o controle de cada ato, de cada gesto; permite coordenar e ordenar o corpo e a mente. O trabalho é, portanto, em si mesmo terapêutico, ocupando assim uma posição central no tratamento¹⁵⁶.

As oficinas existentes tinham a supervisão das Irmãs de caridade para que os alienados pudessem exercer suas aptidões e para aprendizados daqueles que se mostrassem dispostos, sendo inclusive possível a contratação com pessoa alheia ao Hospício dos serviços que os alienados tivessem habilitados¹⁵⁷. As matérias primas dos serviços contratados eram recebidas pelo administrador do Hospício e por ele entregues depois da execução aos respectivos fornecedores¹⁵⁸.

¹⁵⁵. MACHADO, Roberto et al., op. cit., p. 469.

¹⁵⁶. MACHADO, Roberto et al., op. cit., p. 440 - 441.

¹⁵⁷. Art. 28, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁵⁸. Art. 29, do Decreto n. 1.077 de 1852.

Metade da arrecadação do produto do trabalho dos alienados era entregue ao tesoureiro do Hospício para ser aplicada às despesas do estabelecimento e a outra metade destinada a um cofre com duas chaves – uma ficava a cargo do administrador e outra da Irmã Superior das Irmãs da caridade – que, posteriormente, seria entregue aos alienados, a parte de cada um, quando saíssem curados¹⁵⁹.

Os únicos meios de repressão permitidos para manter a disciplina e o controle dos alienados estabelecidos no Estatuto eram (a) a privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios, (b) a diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo clínico, (c) a reclusão solitária com cama e alimentos prescritos pelo clínico, não excedendo a dois dias, cada vez que fossem aplicadas, (d) o uso do colete de força, com ou sem reclusão e os banhos de emborcação que se só poderiam ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo clínico¹⁶⁰. Os referidos meios de repressão só poderiam ser determinados pelo clínico que estivesse responsável pelo alienado¹⁶¹.

O isolamento do louco no hospício justifica-se ao nível das causas da doença e ao nível do tratamento. 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. Trata-se, portanto, de reorganizar o contato entre o doente e a família, através do hospício¹⁶².

Todavia, em caso urgente, poderia o enfermeiro empregar, sob sua responsabilidade, a privação de visitas, passeios e quaisquer outros meios de recreio, a reclusão solitária e o colete de força com reclusão ou sem ela, notificando ao clínico responsável pelo alienado, no primeiro momento da

¹⁵⁹. Art. 30, do Decreto n. 1.077 de 1852 e ainda havia a previsão de concessão de prêmio para os alienados, que no Regimento Interno fossem julgados convenientes (art. 31 do Decreto n. 1.077).

¹⁶⁰. Art. 32, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁶¹. Art. 33, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁶². MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 430.

visita ao Hospício, a qualidade dos meios empregados e os motivos que tornaram indispensáveis sua aplicação.

Era proibida a comunicação com qualquer pessoa estranha ao Hospício que viesse visitar ou falar com os alienados sem a licença do respectivo médico, sob supervisão dos enfermeiros, a quem estivesse confiada a guarda dos alienados¹⁶³. Além disso, nenhum papel manuscrito ou impresso destinado aos alienados poderia ser recebido no Hospício sem a prévia licença do clínico¹⁶⁴:

O isolamento era uma característica básica do regime médico e policial do Hospício de Pedro II. Por sua posição geográfica nos limites da cidade, por suas condições de ar puro, silêncio, tranquilidade, o Hospício realiza o projeto de isolamento. O Hospício era um espaço fechado, com uma única entrada, constantemente, vigiada, de onde o alienado não saía, a não ser para passeios pelas redondezas, mas sempre acompanhado pelos enfermeiros, e onde ninguém pudesse entrar para 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 asilar¹⁶⁵.

O provedor da Santa Casa da Misericórdia era o responsável por dar as instruções necessárias para a execução do Estatuto, ao organizar um regimento interno provisório do Hospício de Pedro II que seria levado ao governo imperial depois de três anos de execução, com as alterações que a prática mostrasse necessárias¹⁶⁶. Esse evento é o marco inicial da psiquiatria brasileira, como parte de um projeto sanitaria para a realidade social:

Em 1830, os médicos para solucionar o problema dos alienados abandonados a sua sorte pelas ruas da cidade, ou internados indevidamente no Hospital Santa Casa lançaram o lema “aos loucos o hospício”, que obtém êxito com

¹⁶³. Art. 34, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁶⁴. Art. 35, do Decreto n. 1.077 de 1852.

¹⁶⁵. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 431- 432.

¹⁶⁶. Art. 36, do Decreto n. 1.077 de 1852.

decreto de 18 de julho de 1841, ato de maioria do Imperador, criando o Hospício de Alienados Pedro II, na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro¹⁶⁷.

A administração do hospício de Pedro II não era exclusivamente médica, e sim compartilhada com o poder religioso vinculado à Santa Casa da Misericórdia, instituição religiosa e filantrópica. Entretanto, essa dupla gestão não perdurou durante muito tempo, sobretudo em razão da hegemonia do poder médico, a cada dia mais centralizador do controle social.

Cumprir sinalizar a ressonância da crítica realizada pela Nádia Luz em relação à narrativa tradicional da história da psiquiatria brasileira que não menciona a existência de hospitais espíritas, como iniciadores de uma proposta terapêutica específica a partir do espiritismo; já presente no século XIX, através da tese *A loucura sob novo prisma: estudo psíquico-fisiológico*, apresentada pelo médico brasileiro Bezerra de Menezes, escrita entre os anos de 1886 a 1899:

Também foi político, foi deputado pelo Rio de Janeiro de 1867 a 1872 e de 1881 a 1885; em legislaturas espaçadas e interrompidas, foi ainda eleito vereador pelo município do Rio de Janeiro pelo período de 1873 a 1881, quando então, como presidente da câmara municipal, exerceu por um período a função equivalente a prefeito municipal da cidade do Rio de Janeiro. Como membro honorário da seção cirúrgica da Academia Nacional do Instituto Farmacêutico, pertenceu à corrente acadêmica favorável ao ensino da homeopatia, como especialidade do curso de medicina da Faculdade do Rio de Janeiro. Do ano de 1887 a 1894 foi responsável, sob o pseudônimo de Max, pela coluna semanal intitulada Espiritismo: estudos filosóficos, publicada no jornal carioca O Paiz, periódico editado sob a direção do republicano Quintino Bocaiuva. Fundada a Federação Espírita Brasileira na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1884, com a finalidade de divulgação e estudos das obras científicas e filosóficas codificadas a partir de 1857 pelo francês Allan Kardec, foi Bezerra de Menezes, em 1892, o tradutor do livro Obras póstumas de Allan Kardec, e presidente daquela federação no período de 1895 a 1900, quando da sua morte¹⁶⁸.

¹⁶⁷. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 26.

¹⁶⁸. LUZ, Nádia. **Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental**. São Paulo: Editora

A experiência psiquiátrica brasileira é, portanto, atravessada pela religião que esteve presente durante as ações em psiquiatria. Curiosamente, ainda que se buscasse a neutralidade do saber psiquiátrico, sob a influência do alienismo francês, permanecia a presença das ações religiosas com o consentimento do Poder Público, como se nota no exemplo acima.

Com o objetivo de romper com as ações religiosas, inclusive espírita, Nuno de Andrade¹⁶⁹, médico generalista, primeiro professor da cadeira de clínica das moléstias mentais, em 1881, propôs a separação do Hospício em relação à Santa Casa de Misericórdia, confiando a direção somente ao Estado, argumentando que a autoridade médica encontrava-se tolhida pelas atribuições conferidas às irmãs de caridade, dessa forma, assumindo a direção do estabelecimento hospitalar:

O Regimento Interno de 1858 que, segundo ele, se opõe aos Estatutos ao confiar às irmãs de caridade o serviço econômico e a direção das enfermarias, elevando-as à mesma hierarquia profissional do diretor do serviço sanitário e mais acima dos facultativos clínicos, e dando-lhes, finalmente, a competência igual à do mordomo¹⁷⁰.

UNIFRAN, 2006, p. 80.

¹⁶⁹. Cf. ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, p. 134-136: "Quase um ano depois do pronunciamento do discurso do Dr. Pereira Rego na Academia Imperial de Medicina, o Decreto n. 7.247, de 19 de abril de 1879, incluiria o curso de clínica psiquiátrica na seção de ciências médicas das duas faculdades de medicina. Somente em março de 1881, o Corpo Legislativo aprovaria a criação das cadeiras consignadas no decreto de 1879, inserindo na 7ª série do curso de medicina a clínica médica de crianças e a clínica psiquiátrica, sendo a regência desta última outorgada ao Dr. Nuno de Andrade que, no entanto, parece nunca tê-la exercido de fato. Dois anos mais tarde, seriam abertas inscrições para um concurso destinado à ocupação da cátedra de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, cujo primeiro lugar seria conferido ao jovem médico João Carlos Teixeira Brandão. Em 24 de outubro de 1884, o titular da cadeira de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro seria nomeado facultativo clínico do Hospício de Pedro II, o que representaria o primeiro passo para se vincular o asilo à academia. Entretanto, o vínculo entre a cadeira de clínica psiquiátrica e o Hospício de Pedro II seria concretizado e estreitado, de fato, a partir de 1886, quando o Dr. Teixeira Brandão foi nomeado, pelo Barão de Cotegipe – então Ministro dos Negócios do Império –, diretor do serviço sanitário daquele estabelecimento [...] A dissertação do Dr. Augusto Luiz de Barros sobre o diagnóstico e o tratamento da loucura em dupla forma, apresentada à FMRJ em 1883, seria das primeiras a apresentar, no final, algumas observações de pacientes internados em instituições asilares brasileiras, o que passaria a se tornar cada vez mais comum a partir da criação, em 1886, da seção de observação preliminar no Hospício de Pedro II, mais tarde transformada no Pavilhão de Observação".

¹⁷⁰. MACHADO, Roberto et al. **Danção da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 438.

A transferência da assistência e gestão hospitalar não foi pacífica e amigável. Precedeu-a uma campanha e uma série de artigos publicados em jornais, além de relatórios médicos onde se constava a descrição de comissões especiais de visitação, em que se podia verificar nos relatos médicos uma incapacidade administrativa e de gerenciamento por parte das religiosas, além de desorganização, insalubridade, falta de higiene, excesso de doentes, tratamento impróprio, enfim, persistia a estratégia de mando e poder em pontos, ou melhor, instituições estratégicas da sociedade¹⁷¹.

A grande realização da psiquiatria, na época da sua constituição, foi o hospício como poder disciplinar, que em meados do século XIX, teve cada vez com mais peso, a presença normalizadora da medicina como uma das características essenciais da sociedade em que vivemos. A psiquiatria no Brasil não nasceu como uma ideia, uma idealidade discursiva ou um efeito ideológico, mas justificou ou legitimou os mecanismos de dominação de uma classe sobre a outra. Sua ação é muito mais penetrante, eficaz e positiva. Ela atinge diretamente o corpo das pessoas¹⁷².

O regime médico e policial do Hospício de Pedro II deveria corresponder à exigência de isolamento do alienado, entretanto não podia prestar serviços reais aos loucos por não ser uma verdadeira instituição hospitalar, mas um simples refúgio para os doentes.

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

¹⁷¹. LUZ, Nadia. **Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental**. São Paulo: Editora UNIFRAN, 2006.

¹⁷². MACHADO, Roberto et al., op. cit.

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 de assistência organizado pelo Estado que faça com que o Hospício de Pedro II deixe de ser uma exceção¹⁷³.

Nesse sentido, as críticas não estavam voltadas para a figura do psiquiatra, mas eram denunciados os obstáculos institucionais e jurídicos de uma gestão médico-administrativa¹⁷⁴.

Os alienados ficam entregues, na maior parte do tempo, às irmãs de caridade e aos enfermeiros, incapazes de uma observação judiciosa que esclareça o diagnóstico e oriente o tratamento. A presença médica junto ao louco é, pois rarefeita, ocasional, meramente burocrática, não permitindo que o hospício seja um lugar de conhecimento da loucura e de restabelecimento do doente mental¹⁷⁵.

Tornava-se cada vez mais frequente a exigência de autonomia do poder médico – autoridade científica e moral- dentro da estrutura do espaço asilar, seja exercendo influência sobre a gestão administrativa, seja em relação aos internos.

A ausência de estímulo no trabalho e o despreparo dos enfermeiros geravam, em suas relações com os alienados, violência, luta e morte. Uma experiência de excessos que, ao mesmo tempo, interessava e repugnava uma administração racional da população asilar - violências físicas, suicídios e evasão¹⁷⁶.

Teixeira Brandão, fundador do Hospício de Pedro II, notou que havia um monopólio do poder e da informação por parte das religiosas, além do

¹⁷³. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

¹⁷⁴. Idem.

¹⁷⁵. Ibidem, p. 458.

¹⁷⁶. Ibidem, p. 460.

emprego da força física na relação com os alienados por parte dos enfermeiros contra os médicos¹⁷⁷.

Após a denúncia do assassinato de um interno ocorrido em 1874 que, por si só, fundamentou as críticas do médico e amparou as reivindicações e defesa de uma nova administração, Teixeira Brandão, ao assumir a direção interina do Hospício, restringiu muitas das atribuições das irmãs de caridade. Republicano convicto, liberal e anti-clerical, manteve-se na direção do Hospício de Pedro II após a proclamação da República, tendo sido responsável pela maior parte das conquistas no campo da psiquiatria brasileira de sua época¹⁷⁸.

Em 1886, Nuno de Andrade é substituído por Teixeira Brandão, que foi o primeiro médico-psiquiatra a ocupar aquele posto. Neste momento, inicia-se o ensino regular de psiquiatria aos médicos generalistas¹⁷⁹.

Assim, a década de 1880 será marcada pela crítica à insuficiência do Hospício de Pedro II, pois não haveria medicalização do hospício, sem a medicalização da sociedade¹⁸⁰. A reforma proposta por Teixeira Brandão não previa o fim do espaço asilar na gestão da loucura, pelo contrário, buscava especializar ainda mais o hospício como *locus* fundamental para o tratamento psiquiátrico.

Nesse sentido, era necessária uma revisão legislativa que compreendesse os loucos de todas as classes sociais definindo as condições de sequestração do alienado. Era a reivindicação do mandato social da psiquiatria para exercer o poder de polícia sobre o louco.

Dentre as críticas de Teixeira Brandão, ele ressaltou que o Hospício de Pedro II fazia discriminação arbitrária regida por categorias como dinheiro e apadrinhamento, impedindo que a autoridade pública utilizasse

¹⁷⁷. Idem.

¹⁷⁸. DE CARVALHO, Emílio Nolasco. **A Reforma, as formas e outras formas: um estudo sobre as construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental**. 197f. Dissertação (Dissertação Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2001, p. 33.

¹⁷⁹. COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

¹⁸⁰. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 480.

suas dependências para defender a coletividade. A família detinha o poder sobre o destino do seu alienado, que poderia ser internado e retirado do asilo de acordo com as determinações familiares, sem nenhuma garantia de não exploração do indivíduo que é incapaz de gerir sua pessoa e seus bens. A relação louco-família, portanto, fundava-se na arbitrariedade¹⁸¹.

O Hospício era incapaz de gerar conhecimento científico, de produzir saber, pois não acompanhava os progressos que a ciência psiquiátrica vinha obtendo nos centros mais adiantados no cenário internacional:

Em resumo, o hospício não é instrumento de saber e de cura porque, em primeiro lugar, falta-lhe uma nítida hierarquia de poderes que estruture as relações fundamentais de seu pessoal e, em segundo lugar, carece de condições materiais e técnicas adequadas. O problema da distribuição interna de poder prevalece, porém, sobre a questão técnico-científica¹⁸².

Em 1890, as irmãs da Santa Casa de Misericórdia se retiram do Hospício e são substituídas, com grande proveito, no dizer do médico, por enfermeiras leigas, contratadas na Europa. Era a vitória da moral laica, através das disposições do novo regulamento¹⁸³.

A sequestração do louco era feita em nome da defesa da coletividade sob a fundamentação da iminência ou realidade de perturbação da ordem ou da moral pública, concedendo à autoridade o direito de sequestro. Em defesa de tal procedimento, Teixeira Brandão argumentava que a sequestração mesmo representando um atentado praticado contra o princípio da liberdade individual, base do contrato social, assumiria outra nuance, já que a psiquiatria transformaria a reclusão, em si negativa, em bem, em proteção do homem enlouquecido. A psiquiatria faz da sequestração um ato não arbitrário¹⁸⁴.

As alterações no arcabouço jurídico assumem grande importância nesse processo proposto por Teixeira Brandão, uma vez que era preciso

¹⁸¹. Idem.

¹⁸². Ibidem, p. 472.

¹⁸³. Idem.

¹⁸⁴. Ibidem, p. 482.

definir o louco como doente e incapaz para que não existissem mais arbitrariedades e estivessem protegidos pela legislação, sobretudo na concessão de habeas corpus aos alienados:

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 fundamenta dar a ele estatuto de menoridade e fazer destes dois aspectos uma mesma realidade¹⁸⁵.

Com a proclamação da República, a responsabilidade pelas ações de saúde passou a ser atribuída aos Estados. No âmbito federal, foram reunidos os serviços de saúde terrestres e marítimos na Diretoria Geral de Saúde Pública (1897), que tinha por finalidade atuar onde não cabia a intervenção dos governos estaduais, como era o caso da vigilância sanitária nos portos¹⁸⁶.

1.4 O Hospital Nacional dos Alienados

Em 11 de janeiro de 1890, por força do Decreto n. 142-A, Marechal Manoel Deodoro da Fonseca, chefe do Governo Provisório constituído pelo Exército e Armada, realizou a desanexação do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Hospício de Pedro II, que passou a denominar-se Hospício Nacional de Alienados, a partir da necessidade de reformar, sob um plano íntegro e coerente, a assistência médica e legal dos alienados, ao incluir também a prática das atividades agrícolas nesse estabelecimento.

O Estado republicano assume, então, encargos de assistência aos doentes mentais, avocando para si atribuições antes preenchidas por instituições religiosas e filantrópicas. Há um advento do saber psiquiátrico brasileiro, constituído por médicos que se especializavam na Europa e passavam a exercer o poder efetivo de administrar a loucura e sua assistência¹⁸⁷.

¹⁸⁵. Ibidem, p. 483.

¹⁸⁶. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

¹⁸⁷. LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora

Como justificativas e fundamentações, Deodoro da Fonseca, afirmou que o Hospício de Pedro II dispunha de renda própria mais do que suficiente para custear suas despesas com proveito do Estado, além de cessarem os motivos que determinaram a anexação do Hospital pelo governo à Santa Casa da Misericórdia, que foi, originariamente, criado para tratamento de alienados pelo Decreto n. 82 de 18 de julho de 1841.

Assim, houve a desanexação daquela instituição filantrópica e a constituição do Hospício Nacional de Alienados, de caráter público e independente, que, inicialmente, foi regido pelas instruções do Estatuto do Hospício de Pedro II, Decreto n. 1.077 de 1852, nas partes não alteradas pelo Decreto n. 142-A, assinado por José Cesário de Faria Alvim.

Com vistas a regular o Hospício Nacional de Alienados, foi criado o serviço de assistência médica e legal de alienados regido pelas disposições do Decreto n. 206-A de 15 de fevereiro de 1890.

Inicialmente, o Decreto estabeleceu, no plano administrativo, o vínculo das colônias Conde de Mesquita e de São Bento, localizadas na Ilha do Governador, ao Hospício Nacional dos Alienados, de modo que todos os futuros estabelecimentos, instituídos com financiamento do governo, e destinados ao mesmo fim, fossem anexados a esses¹⁸⁸.

A finalidade da assistência médica e legal dos alienados era socorrer os enfermos alienados, nacionais e estrangeiros que precisassem do auxílio público, bem como aqueles que mediante contribuição financeira fossem admitidos nos hospícios¹⁸⁹. O Hospício Nacional era o único que permitia a admissão de doentes pensionistas, pois se tratava de estabelecimento central da assistência, pelo qual transitaria todos os doentes admitidos no asilo¹⁹⁰.

As colônias Conde de Mesquita e de São Bento eram, exclusivamente, reservadas aos alienados indigentes, capazes de executarem o labor

FIOCRUZ, 2006.

¹⁸⁸. Art. 1º do Decreto n. 206-A de 1890.

¹⁸⁹. Art. 2º do Decreto n. 206-A de 1890.

¹⁹⁰. Art. 3º do Decreto n. 206-A de 1890.

agrícola e industrial e esses estabelecimentos tinham vínculo de dependência com o Museu Nacional. A partir de então, a direção dos asilos seria confiada ao médico, responsável perante o Ministro do Interior, de quem diretamente dependia.

Os estabelecimentos da assistência eram mantidos (a) pelo rendimento do patrimônio do Hospício Nacional, (b) pela contribuição correspondente ao Estado do Rio de Janeiro, (c) pela importância paga pelos pensionistas, (d) pela contribuição de 1\$200 por doente-dia enviado pelos Estados aos asilos da assistência; (e) pelos produtos da loteria já concedidos e que os que se concederem, (f) pela importância de quaisquer donativos, esmolas, legados, doações e heranças em benefícios dos asilos e (g) e pela parte do produto dos impostos criados com aplicação especial aos institutos de assistência do município da Capital Federal, pelo art.10 da Lei n. 3.396/88 de 24 de novembro de 1888¹⁹¹, cuja arrecadação continuaria a ser feita pelo mesmo modo até então¹⁹².

O diretor da assistência médica e legal dos alienados tinha sua nomeação instituída por decreto e sua residência junto do Hospício Nacional, na casa que lhe fora destinada¹⁹³. Competia ao diretor: (a) a superintendência em todos os serviços do asilo e, mais especificamente, as admissões e saídas dos doentes, transferências entre os asilos, a distribuição dos enfermos por seções, a higiene dos estabelecimentos e a polícia dos asilos, (b) propor ao Ministro do Interior a nomeação dos médicos, (c) nomear os médicos internos, (d) admitir os enfermeiros e auxiliares do serviço clínico, (e) designar as divisões que devam servir os médicos, (f) inspecionar o serviço das farmácias, rubricar os pedidos de remédios e assinar a conformidade dos fornecedores, uma vez verificadas, remetendo sejam as contas, sem os pedidos à secretaria de Estado, (g) despachar os requerimentos e petições que lhe forem direcionados, (h) conceder o atestado de ingresso definitivo

¹⁹¹. D. Pedro II instituiu a Lei n. 3.397, em 24 de novembro de 1888, que tinha por objetivo fixar a despesa geral do Império para o exercício de 1889. O art.10 previa a autorização do Governo de abrir créditos suplementares para cumprir despesas em hospitais (medicamentos e equipamentos) indicados na tabela B da referida lei.

¹⁹². Art. 4º do Decreto n. 206-A de 1890.

¹⁹³. Art. 5º do Decreto n. 206-A de 1890.

do alienado, depois de cumpridas as formalidades, (i) conceder as altas ou permitir a saída dos doentes nos casos previstos no Decreto 206 -A, (j) atender a seu juízo, as reclamações dos médicos e funcionários, se lhe parecerem justas, (l) propor ao Ministro do Interior a demissão dos funcionários do serviço clínico, comunicando as faltas em que houverem ocorrido, (m) representar contra os empregados do serviço administrativo, (n) direcionar, anualmente, ao Ministro do Interior um relatório dos meios terapêuticos empregados nos tratamentos dos enfermos, anexado com a respectiva estatística e propor melhoras que a experiência aconselhar, (o) exigir o cumprimento de suas determinações no âmbito administrativo, (p) requisitar do Ministro do Interior o adiantamento da quantia financeira que julgasse necessária para arcar com as despesas de pronto pagamento a cargo do chefe da secretaria¹⁹⁴.

O diretor, auxiliado por um médico e um secretário, tinha acesso e comunicação direta com o Ministro do Interior, que representava a instância consultiva em caso de dúvidas durante a condução dos serviços no asilo¹⁹⁵. O médico auxiliar em sua função de assessoramento deveria, eventualmente, substituir o diretor por ocasiões de impedimentos, além de visitar os asilos, ao menos uma vez por semana; inclusive acompanhando o diretor em suas visitas, cumprindo de pronto as ordens por ele designadas. O médico auxiliar deveria também colaborar na realização do relatório anual, bem como acompanhar o diretor nas pesquisas científicas que este realizasse¹⁹⁶.

Em relação às competências do secretário, suas atividades estavam relacionadas ao controle administrativo, como (a) realização do registro das admissões dos doentes nos livros, (b) copiar todas as minutas dos ofícios do diretor ao Governo ou às autoridades, bem como (c) dar ciência às

¹⁹⁴. Art. 6º do Decreto n. 206-A de 1890.

¹⁹⁵. Arts. 7º e 8º do Decreto n. 206-A de 1890.

¹⁹⁶. Art. 8º, § 1º do Decreto n. 206-A de 1890.

famílias dos doentes ou quem as represente, (d) organizar os mapas estatísticos e arquivar, por ordem cronológica, os processos de admissões¹⁹⁷.

No que se refere aos bens dos asilos e da secretaria, a parte do patrimônio constituída em títulos da dívida pública, dinheiro, ações de bancos ou de companhias seria recolhida ao Tesouro Nacional e a renda proveniente dos bens que constituem a outra parte do patrimônio do Hospício Nacional e asilos anexos seria recolhida, mensalmente, ao Tesouro Nacional¹⁹⁸.

O chefe da secretaria da assistência era o responsável de cobrar todas as quantias, provenientes de contribuições, pensões, donativos, esmolas e heranças, a fim de serem recolhidas ao Tesouro Nacional. Ele também coordenava a condução e execução dos trabalhos administrativos e econômicos dos estabelecimentos, lançando em livros, devidamente numerados e rubricados pelo diretor. Assim, organizava os documentos de contas do estabelecimento e enviava à Secretaria do Interior, após a rubrica do diretor, para a ordenação do pagamento¹⁹⁹.

Além disso, a sua função de gestor da secretaria competia à provisão de mantimentos que eram assinados pelo diretor. Quanto às despesas pequenas, solicitava ao diretor o valor correspondente e no ato do pagamento, caso fossem superiores à quantia de 10\$000, deveria ser apresentado o recibo. Por fim, enviava, mensalmente, à Secretaria do Interior o balanço orçamentário com as despesas e receitas e realizar o papel da gestão de pessoal, quando por ocasião da entrada dos alienados e sua devida matrícula depois de ordenada a admissão definitiva.

Assim, todas as pessoas que por alienação mental adquirida ou congênita perturbassem a ordem pública e ofendessem os bons costumes e a moralidade e por atos atentassem contra a vida do próximo ou contra a própria deveriam ser colocadas em asilos especiais, exclusivamente, destinados à reclusão e ao tratamento de alienados. Passava-se a admitir o

¹⁹⁷. Art. 8º, § 2º do Decreto n. 206-A de 1890.

¹⁹⁸. Arts. 9º e 10 do Decreto n. 206-A de 1890.

¹⁹⁹. Art. 11 do Decreto n. 206-A de 1890.

ingresso de alienados por *ex officio*, voluntária ou definitivamente. Havia um livro de admissão e outro de registro clínico²⁰⁰.

As admissões *ex officio* eram requisitadas pelas autoridades públicas por intermédio do chefe de polícia, fazendo acompanhar os alienados dos pareceres dos médicos da polícia, dos documentos de interdição, se existissem, e da notícia circunstanciada dos fatos que legitimavam a reclusão²⁰¹.

As admissões voluntárias seriam produzidas em virtude de requerimento, em que se declarasse o nome, a naturalidade, a idade, o estado, a profissão, a filiação e a residência do doente, acompanhado dos pareceres de dois médicos que o tivesse examinado, no máximo, em 15 dias, antes da sua admissão ou dos documentos legais comprobatórios da demência²⁰².

Nessa hipótese de requerimento, o Decreto n.206-A previa a possibilidade de um dos cônjuges solicitar a internação para o outro; bem como do pai, da mãe, do irmão, ascendentes e descendentes e, na falta deles, o tutor e o curador²⁰³. Nesses casos, a admissão era provisória e para se tornar definitiva era necessário um atestado do médico do asilo, com a concordância do diretor, após 15 dias de permanência do doente²⁰⁴.

Se transcorridos os 15 dias, existissem dúvidas sobre a alienação; poderia ser renovada a permanência por igual período, ocasião em que o diretor apresentaria ao chefe de polícia o suposto alienado, se ele fosse indigente ou ordenaria a retirada do asilo pela pessoa que requereu a reclusão, se fosse pensionista²⁰⁵.

Caso a reclamação do diretor não fosse atendida prontamente, ele deveria levar o fato ao conhecimento do promotor público e do chefe de polícia²⁰⁶. Era condição indispensável à submissão ao exame de sanidade,

²⁰⁰. Arts. 13 e 14 do Decreto n. 206-A de 1890.

²⁰¹. Art. 14, §1º do Decreto n. 206-A de 1890.

²⁰². Art. 14, §2º do Decreto n. 206-A de 1890.

²⁰³. Art. 14, §3º do Decreto n. 206-A de 1890.

²⁰⁴. Art. 15 do Decreto n. 206-A de 1890.

²⁰⁵. Art. 15, §1º do Decreto n. 206-A de 1890.

²⁰⁶. Art. 15, §2º do Decreto n. 206-A de 1890.

para o ingresso definitivo no asilo, caso não tivesse passado por esse processo antes da admissão provisória²⁰⁷. O diretor deveria oficiar ao Juiz de Órfãos, remetendo uma lista com o nome dos doentes nessas condições²⁰⁸.

O alienado pensionista deveria ter uma carta de fiança garantindo o pagamento das despesas durante o tempo de permanência no asilo²⁰⁹. Se fosse alienado estrangeiro, seria necessária, para sua admissão, a autorização do cônsul ou outra autoridade do seu país²¹⁰. No caso dos brasileiros, as requisições eram feitas pelos governadores ou pelos chefes de polícia a que pertencesse o alienado²¹¹. Na hipótese de alienado militar, com a requisição do respectivo superior²¹². Todos esses documentos eram selados e com firma reconhecida²¹³.

O diretor concedia alta aos doentes curados ou prevenidos, que eram os alienados com as devidas recomendações clínicas de tratamento, destinada à pessoa que requereu sua admissão²¹⁴. Se o doente fosse pensionista, a pessoa que requisitou sua admissão ou na qualidade legal para representá-la, poderia solicitar a saída imediata do doente, devendo apenas assinar um termo de responsabilidade²¹⁵.

Quando o alienado, por seu estado de exaltação ou particularidades da moléstia, pudesse perturbar a ordem ou segurança pública, o diretor não permitiria a saída ou a sua retirada do estabelecimento, sem prévia autorização do Ministro do Interior ou do chefe de polícia. Além das saídas e altas definitivas, o diretor poderia permitir saídas de ensaio no período de convalescência²¹⁶.

²⁰⁷. Art. 15, §3º do Decreto n. 206-A de 1890.

²⁰⁸. Art. 15, §4º do Decreto n. 206-A de 1890.

²⁰⁹. Art. 15, §5º do Decreto n. 206-A de 1890.

²¹⁰. Art. 15, §6º do Decreto n. 206-A de 1890.

²¹¹. Art. 15, §7º do Decreto n. 206-A de 1890.

²¹². Art. 15, §8º do Decreto n. 206-A de 1890.

²¹³. Art. 15, §9º do Decreto n. 206-A de 1890.

²¹⁴. Art. 17 do Decreto n. 206-A de 1890.

²¹⁵. Art. 17, 1º do Decreto n. 206-A de 1890.

²¹⁶. Art. 17, §§ 2º e 3º do Decreto n. 206-A de 1890.

Todos os asilos, que constituíam a assistência dos alienados, ficariam sob a superintendência de um diretor geral que coordenaria todo o serviço médico e administrativo²¹⁷. Cada asilo organizava, anualmente, um orçamento conforme a sua população e necessidade²¹⁸. A escrituração e contabilidade de cada asilo eram lançadas em livros especiais, de forma a identificar as receitas e despesas de cada alienado²¹⁹.

Na distribuição espacial de cada asilo, o decreto previa, de acordo com a finalidade asilar, seções especiais para os alienados, enfermarias de moléstias intercorrentes, oficinas, locais apropriados para os serviços gerais, jardins e terrenos para cultura e exploração industrial e agrícola²²⁰.

O serviço de portaria, com caráter disciplinar, era o responsável pelo controle espacial dentro do asilo. A entrada principal era, diariamente, aberta às 05:00 horas da manhã no verão e às 06:00 horas no inverno e fechava às 20:00 horas²²¹; o porteiro residia no asilo e permanecia na entrada principal, local inclusive da sua alimentação; deveria cumprir o quadro horário, além de não permitir o ingresso de pessoa alguma no interior do estabelecimento sem prévia licença. Ele também impedia a saída de qualquer enfermo, dos enfermeiros e auxiliares do serviço, sem permissão da autoridade competente²²².

O serviço sanitário de responsabilidade dos médicos, preferencialmente escolhidos dentre aqueles com atuação interna nos hospícios, cuja aptidão tinha sido comprovada no tratamento das moléstias mentais. Era auxiliado por internos, enfermeiros, ajudantes e por um farmacêutico²²³. Os médicos poderiam ser internos, aqueles que residiam nos estabelecimentos em que prestavam serviços clínicos, além do trabalho de

²¹⁷. Art. 18 do Decreto n. 206-A de 1890.

²¹⁸. Art. 19 do Decreto n. 206-A de 1890.

²¹⁹. Arts. 20 e 21 do Decreto n. 206-A de 1890.

²²⁰. Art. 22 do Decreto n. 206-A de 1890.

²²¹. Art. 23 do Decreto n. 206-A de 1890.

²²². Art. 24 do Decreto n. 206-A de 1890.

²²³. Art. 25 do Decreto n. 206-A de 1890.

fiscalização, cumpriria todos os deveres dos médicos externos no que tange ao tratamento moral e médico²²⁴.

Eram deveres médicos: (a) cumprir as ordens e instruções do diretor geral, em relação ao seu tratamento clínico e verificar os óbitos com os devidos atestados, (b) comunicar ao diretor geral qualquer falta e solicitar o que for necessário para o bom desempenho dos deveres que lhe cabe, (c) apresentar ao diretor geral os pareceres e os documentos de alta hospitalar, (d) realizar autopsia dos cadáveres que saíam das suas enfermarias, salvo se recebessem ordem em contrário, (e) lançar a cada 15º dia, no livro da inscrição, as notas clínicas que exprimam o estado do doente, quer sejam as modificações dos sintomas primitivos, quer sejam os fatos novos relativos a outro estágio da moléstia. Transcorridos os seis meses, as anotações deveriam ser mensais até completarem um ano e a partir de então, trimestrais e (f) dar, verbal e gratuitamente, as informações que lhe forem pedidas em relação aos enfermos em tratamento²²⁵.

Em contrapartida, os internos tinham os deveres de (a) observar, assídua e atentamente, os alienados, a fim de conhecer o que possa interessar ao seu tratamento, (b) auxiliar na distribuição de remédios e dos alimentos, (c) empregar o tratamento hidroterápico que os médicos prescrevessem, (d) aplicar, na ausência do diretor geral ou do seu substituto, quando for absolutamente necessário e durante o tempo indispensável, os meios corretivos, tais como: a reclusão solitária, colete de força e a privação de visitas, passeios e outras recreações, (d) socorrer, prontamente, os enfermos quando carecerem de cuidados imediatos e dar ao diretor geral ou ao seu substituto, na manhã do dia seguinte, conhecimento de todas as observações que tiver feito e das ocorrências no asilo²²⁶. Os farmacêuticos tinham por obrigações principais o preparo dos medicamentos com zelo, a organização administrativa e limpeza da farmácia²²⁷.

²²⁴. Art. 26 do Decreto n. 206-A de 1890.

²²⁵. Art. 27 do Decreto n. 206-A de 1890.

²²⁶. Art. 28 do Decreto n. 206-A de 1890.

²²⁷. Art. 29 do Decreto n. 206-A de 1890.

Os enfermeiros e encarregados do serviço de enfermagem de homens e mulheres eram obrigados a cumprir, rigorosamente, as ordens expedidas pelos médicos, sendo-lhes absolutamente vedado o emprego da violência contra qualquer doente. Além disso, aos enfermeiros, não era autorizada sua ausência das divisões de fiscalização e da guarda dos alienados sob suas responsabilidades. Além disso, não poderiam receber gratificação alguma, nem dos alienados, tampouco dos familiares, devendo em todo o tempo empregar uma linguagem conveniente com os doentes²²⁸.

Os enfermeiros eram escolhidos entre os serventes ou ajudantes de enfermeiros²²⁹. O serviço econômico ficava a cargo de um administrador, auxiliado pelos empregados da despesa, cozinha, lavanderia, rouparia, oficinas, jardins, terreno de cultivo e estábulo²³⁰.

Ao administrador, além da supervisão dos serviços supracitados, cabia (a) fazer, mensalmente, os pedidos alimentícios, das outras repartições e oficinas, (b) autorizar as compras de pequeno custo para o consumo diário da cozinha, (c) realizar nos meses de julho e dezembro, o inventário de todos os móveis e utensílios do estabelecimento e (d) ter todo zelo no que tange ao asseio do estabelecimento²³¹.

Em relação à gestão dos gêneros alimentícios, na despesa deveria constar o livro da receita e nele seriam lançados, por ordem cronológica, todos os gêneros recebidos com a declaração da respectiva qualidade, peso, nome do vendedor e outras circunstâncias que deveriam ser anotadas. Do mesmo modo, procedia-se em relação ao livro da despesa. A composição dos livros era em formato de mapa com títulos distintos para cada um dos gêneros. O encarregado da despesa era proibido de receber gêneros alimentícios sem a guia que constasse a qualidade, quantidade e peso, cabendo realizar essa fiscalização²³².

²²⁸. Art. 30 do Decreto n. 206-A de 1890.

²²⁹. Art. 31 do Decreto n. 206-A de 1890.

²³⁰. Art. 32 do Decreto n. 206-A de 1890.

²³¹. Art. 33 do Decreto n. 206-A de 1890.

²³². Arts. 34 e 35 do Decreto n. 206-A de 1890.

Em relação à cozinha, o encarregado desta repartição era obrigado a conservar todos os móveis e utensílios, de modo limpo e perfeito, sendo responsável pelos desperdícios e irregularidades na preparação dos alimentos. O encarregado pela rouparia tinha por competência o recebimento, a arrecadação e conservação das roupas da lavanderia, devendo existir um livro de registro para a entrada e saída, bem como das roupas que precisassem de ajuste na oficina de costura²³³.

Na lavanderia, o encarregado tinha a competência de dirigir e fiscalizar os serviços, cuidando da lavagem de roupas das enfermarias, dormitórios, quartos, cozinhas e refeitórios²³⁴. Em todas as oficinas deveria ter um livro de entrada e saída, de forma que existisse o controle dos objetos destinados à manufatura e à produção das peças²³⁵.

No que se refere aos trabalhos agrícolas, os encarregados pelos jardins e pela agricultura deveriam ter sob sua guarda todos os instrumentos e utensílios empregados no labor. Deveriam receber os doentes e alienados nos trabalhos rurais; entretanto, não era permitido o trabalho obrigatório. A distribuição dos produtos agrícolas ficava a cargo do administrador²³⁶.

Por fim, o decreto regulamentava a compensação pecuniária (ordenado e gratificação) de cada atividade administrativa e médica do Hospício, bem como da avaliação dos produtos e serviços utilizados no estabelecimento de acordo com a tabela de pessoal e material prevista no art. 41, revogando-se todas as disposições instituídas, em contrário²³⁷.

Em uma análise comparativa entre o Estatuto do Hospício de Pedro II e os Decretos n. 142-A e n. 206-A, que instituíram e regulamentaram, respectivamente, o Hospital Nacional dos Alienados, é possível verificar uma maior preocupação com a estrutura administrativo-financeira da gestão dos alienados, inclusive com indicação expressa das atribuições e

²³³. Arts. 36 e 37 do Decreto n. 206-A de 1890.

²³⁴. Art. 38 do Decreto n. 206-A de 1890.

²³⁵. Art. 39 do Decreto n. 206-A de 1890.

²³⁶. Art. 40 do Decreto n. 206-A de 1890.

²³⁷. Art. 42 do Decreto n. 206-A de 1890.

competências decorrentes dos cargos do quadro funcional do Hospício como, por exemplo, de diretor da Assistência Médico-Legal.

Além disso, surgiram mais especificações regulamentares, em relação ao Estatuto, que marcavam com objetividade e clareza a relação do poder disciplinar exercida pelos atores institucionais dentro da estrutura do Hospício, através da realização de serviços, a título de exemplo, dos secretários, porteiro, médicos, sanitaristas, farmacêuticos e enfermeiros.

Capítulo 2

A consolidação do projeto medicalizador: a contribuição jurídica na transição da assistência médico-legal

2.1 A Assistência Médico-Legal a Alienados

Em 21 de junho de 1890, houve a criação da Assistência Médico-Legal a Alienados, por meio do Decreto n. 508 assinado pelo Marechal Manoel Deodoro da Fonseca, então chefe do governo provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, constituído pelo Exército e Armada.

Com objetivo de regulamentar as instruções previstas no Decreto n. 206-A, de 15 de fevereiro do mesmo ano, bem como estabelecer novas disposições relativas a todos os serviços de competência da Assistência Médico-Legal a Alienados, José Cesário de Faria Alvim, Ministro de Estado e Negócios do Interior, propôs tal iniciativa.

Em relação ao planejamento administrativo, houve a regulamentação da anexação de asilos, de mesma natureza, para que no futuro fossem criados pelo Governo na Capital Federal – Rio de Janeiro, à Assistência Médico-Legal, que tinha por finalidade¹, além de socorrer gratuitamente ou mediante retribuição, atender os indivíduos de ambos os sexos, não estabelecendo distinção de nacionalidade entre os enfermos de alienação mental².

Além da previsão do art. 4º, do Decreto n. 206-A, com vistas a custear a manutenção da Assistência Médico-Legal, o Decreto n.508 estabeleceu como verbas de receita, no art. 2º, (a) os juros de apólices e a renda

¹. Finalidade estabelecida desde o art. 1º do Decreto n. 206- A.

². Art. 1º do Decreto n. 508 de 1890.

proveniente de quaisquer outros títulos pertencentes ao mesmo hospício, (b) a contribuição concorrente do Estado do Rio de Janeiro e as de outros Estados que enviarem enfermos para os asilos da Assistência, (c) as contribuições dos Ministérios da Guerra, da Marinha e da Justiça pelo tratamento dos oficiais e praças do Exército, da Armada e do regimento policial; (d) o arrendamento do cais e do guindaste em frente ao Hospício Nacional; e o produto do trabalho dos enfermos alienados recolhidos ao hospício e aos asilos, feita a dedução de 10 % determinada no art. 59 do Decreto n.508.

A direção geral da Assistência seria confiada a um médico de competência comprovada em estudos psiquiátricos; exigência já prevista, no art.3º do Decreto 206-A para direção dos asilos³, e teria outras atribuições, além das já estabelecidas, como propor ao Ministro do Interior a nomeação e exoneração dos médicos da Assistência, do diretor das colônias, do administrador do Hospício, e a do chefe e escriturários da secretaria, devendo despachar os requerimentos que lhe fossem dirigidos para admissão provisória de enfermos pensionistas e para certidões ou atestados, autorizando a matrícula dos enfermos, à vista dos pareceres de que trata o n.7 do art. 19 de do Decreto n.508.

Além disso, sob sua supervisão, o diretor da Assistência Médico- Legal deveria rubricar e remeter ao Ministério do Interior as contas relativas às despesas, bem como abrir e rubricar as propostas apresentadas, em virtude de concorrência pública, para os fornecimentos de serviços e material, ordenando a lavratura de contratos, a partir dos mapas comparativos feitos pelo administrador.

Subordinado ao Ministro do Interior, o diretor geral deveria lhe encaminhar todos os assuntos relativos às despesas econômicas e à Assistência, a exemplo, da apresentação anual de relatório dos meios terapêuticos empregados no tratamento dos enfermos, devendo ser esse trabalho acompanhado das estatísticas dos asilos, das observações científicas mais

³. O Decreto n. 206-A não trazia a exigência de comprovação em estudos de psiquiatria, apenas atividade em medicina.

interessantes feitas durante o ano e de uma exposição referente à economia dos mesmos estabelecimentos⁴.

Caso existisse impedimento temporário do diretor geral, assumiria a direção do serviço clínico, o médico externo mais antigo do Hospício Nacional de Alienados e o chefe da secretaria teria a competência de dirigir o serviço econômico e o expediente da Assistência Médico-Legal. E nas ocasiões de impedimentos prolongados, seria substituído por médico nomeado pelo Ministro do Interior⁵.

Estabelecida no edifício do Hospício Nacional, a secretaria da Assistência seria composta por um chefe, dois primeiros escriturários, um segundo escriturário, dois amanuenses, um porteiro, um cobrador e um correio⁶. Totalizando nove membros na composição do grupo, diferentemente, da previsão dos arts. 7º e 8º do Decreto n. 206-A, que assinalava apenas dois membros, um médico auxiliar e um secretário, para assessorar o diretor do Hospital.

Destarte, a centralização da gestão dos hospitais psiquiátricos, sob a coordenação da Assistência Médico-Legal, demonstrava uma preocupação administrativa na condução do tratamento dispensado aos alienados mentais que não se verificou, efetivamente, na prática, tendo em vista as denúncias decorrentes das péssimas condições do Hospício e a ineficácia do isolamento asilar no cuidado das perturbações físico-morais.

Em razão disso, além do cargo de diretor geral ⁷, institui-se o cargo de chefe da secretaria que tinha como competência a arrecadação financeira da renda da Assistência, que não fosse diretamente recebida pelo Tesouro

⁴. Art. 4º do Decreto n. 508 de 1890. Com advento da Assistência Médico-Legal, nota-se que houve uma ampliação das competências da atividade de direção, que passaram a ser centralizadas, administrativamente, na figura do gestor da Assistência, antes designadas ao Diretor do Hospital.

⁵. Art. 5º do Decreto n. 508 de 1890.

⁶. Art. 6º do Decreto n. 508 de 1890.

⁷. O diretor geral era o responsável por organizar as instruções e tabelas que fossem precisas para a regularidade do serviço interno da Assistência, bem como indicar a pessoa para substituir os diretores das Colônias nos seus impedimentos, cabendo a estes últimos designar os substitutos do almoxarife e do escriturário (art. 111 do Decreto n. 508 de 1890).

Nacional, bem como a entrega mensal ao Tesouro, da renda proveniente das contribuições dos enfermos e o produto de verbas de pequeno valor⁸.

O chefe da secretaria era também responsável pelo pagamento das despesas com o pessoal e da gestão administrativa, bem como pelo repasse financeiro ao administrador do Hospício e ao diretor das Colônias, à proporção que fosse pedida, além das despesas de menores. Realizava o controle de admissão dos pensionistas no âmbito financeiro, e providenciava a assistência funeral para os enfermos que falecessem no Hospício Nacional, de acordo com as ordens vigentes e recomendações das famílias, fazendo a comunicação ao oficial de registro civil.

Além disso, ele tinha outras funções, tais como: comunicar à família dos enfermos pensionistas as ocorrências relativas ao interno, à vista das orientações recebidas pelo diretor geral, comunicava a relação dos enfermos pensionistas inadimplentes, devendo também escrever ao diretor geral as ocorrências que reclamassem providências disciplinares. Como se nota, era imbuído da organização administrativa e financeira, com as funções contábeis previstas no art. 8º do Decreto n. 508⁹.

Em eventuais impedimentos, o chefe da secretaria deveria ser substituído pelo empregado designado pelo diretor geral, ocasião em que seria realizado o balanço financeiro, no momento da transição, na presença do diretor geral¹⁰. Aos demais empregados da secretaria era exigido que se cumprisse com zelo, inteligência e prontidão os trabalhos distribuídos pela chefia¹¹. A função de cobrador¹² era destinada ao recebimento das quantias pertencentes aos asilos, que não fossem arrecadadas pelo chefe da secretaria, devendo entregá-las, para serem recolhidas ao Tesouro Nacional¹³.

⁸. Art. 7º do Decreto n. 508 de 1890.

⁹. Cf. Art. 8º, §2º do Decreto n. 206-A. Em menor escala, as atividades relacionadas ao controle administrativo eram executadas pelo secretário no Hospital Nacional dos Alienados.

¹⁰. Art. 9º do Decreto n. 508 de 1890.

¹¹. Art. 10 do Decreto n. 508 de 1890.

¹². Art. 11 do Decreto n. 508 de 1890.

¹³. Cf. Art. 11 do Decreto n. 206- A. O chefe de secretaria da assistência do Hospital Nacional dos Alienados era o responsável pelas cobranças financeiras a serem recolhidas ao Tesouro Nacional.

As funções do porteiro estavam previstas no art. 72 do Decreto n. 508 e ao correio cabia entregar as correspondências e outras diligências próprias¹⁴. O horário de funcionamento do expediente na secretaria da Assistência Médico-Legal, nos dias úteis, era de 9:00 às 15:00¹⁵, com possibilidade de prorrogação caso houvesse necessidade em decorrência do trabalho¹⁶.

Em relação à estrutura do serviço sanitário¹⁷, o grupo era composto de três médicos externos, um chefe do gabinete eletro-terápico¹⁸, dois médicos internos¹⁹, alunos da Faculdade de Medicina, um farmacêutico e um ajudante, um enfermeiro-mor²⁰, um conservador do gabinete e enfermeiros e irmãs de caridade²¹.

Competia aos médicos externos²², visitar, diariamente, às 8 horas da manhã, as subdivisões a seu cargo, e prescrever o tratamento para os enfermos²³. Havia previsão de concurso para os cargos de médicos externos, à medida da vacância²⁴.

A organização da banca de exame do concurso de admissão ao cargo de médico, era composta de dois professores da seção médica da Faculdade, escolhidos aleatoriamente, dentre os quadros e um médico externo

¹⁴. Arts. 12 e 13 do Decreto n. 508 de 1890.

¹⁵. A entrada principal do Hospital Nacional dos Alienados era, diariamente, aberta às 5:00 horas da manhã no verão e às 06:00 no inverno e fechava às 20:00 horas (art. 23 do Decreto n. 206-A de 1890). Quando ao controle no cumprimento de horário dos funcionários da Assistência Médico-Legal ver arts. 15, 16 e 17 do Decreto n. 508 de 1890.

¹⁶. Art. 14 do Decreto n. 508 de 1890.

¹⁷. Art. 18 do Decreto n. 508 de 1890.

¹⁸. Cabia ao chefe do gabinete eletro-terápico executar as instruções ordenadas pelo diretor geral da Assistência Médico-Legal, em subordinação direta, sendo o elo entre os assuntos referentes aos doentes recebidos pelos médicos externos (art. 21 do Decreto n. 508 de 1890).

¹⁹. Aos médicos internos, além das atribuições previstas no artigo 28 do Decreto n. 206-A de 1890, caberia também o registro das notas relativas às autopsias (art. 22 do Decreto n. 508 de 1890).

²⁰. O enfermeiro-mor e os demais enfermeiros eram auxiliares do serviço médico (art. 25 do Decreto n. 508 de 1890).

²¹. Incumbia às irmãs de caridade, na parte relativa ao serviço sanitário, observar a recomendação dos médicos externos e internos, no que dizia respeito somente à seção das mulheres. As irmãs de caridade seriam auxiliadas por enfermeiras e serventes do sexo feminino (art. 26 do Decreto n. 508 de 1890). Quanto ao serviço sanitário do Hospital Nacional de Alienados, ele era composto por médico, auxiliado por médicos internos, enfermeiros, ajudantes e farmacêuticos (arts. 25 e 26 do Decreto n. 206-A de 1890).

²². Art. 19 do Decreto n. 508 de 1890.

²³. Para os deveres dos médicos internos do Hospital dos Alienados ver art. 27 do Decreto n. 508 de 1890.

²⁴. Art. 20 do Decreto n. 508 de 1890.

do Hospício, designado pelo diretor, devendo observar as disposições vigentes relativas ao provimento do lugar de adjunto à cadeira de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina²⁵.

Competia ao farmacêutico da Assistência Médico-Legal, além das atribuições já previstas no art. 29 do Decreto n. 206-A, extrair os pedidos de remédios e mais objetos de que necessitasse a farmácia e apresentá-los ao diretor geral por intermédio da secretaria²⁶. Havia também a previsão de criação do Museu Anatomo-Patológico logo que fosse possível²⁷.

O Hospício Nacional era o único a receber alienados pensionistas²⁸, tornando-se estabelecimento central na Assistência, por onde transitariam todos os enfermos alienados que fossem admitidos nos respectivos asilos. Demonstrava-se uma lógica de centralização na gestão psiquiátrica hospitalar.

Todos os indivíduos que, pela prática de atos indicativos de alienação mental, fossem recolhidos ao Hospício, dariam entrada provisória até que se verificasse a alienação nos termos do art. 19, §7º do Decreto n. 508 de 1890²⁹. Em relação aos enfermos indigentes, a admissão ocorria por ordem do Ministro do Interior ou de requisição do chefe de polícia da Capital Federal e dos governadores e chefes de polícia dos Estados que concorressem para a manutenção dos enfermos³⁰.

As requisições deveriam ser acompanhadas de documentos justificativos da loucura e de informações documentais com o nome, a idade, a naturalidade, o estado, a filiação e a residência dos enfermos. As admissões

²⁵. Art. 20, parágrafo único do Decreto n. 508 de 1890.

²⁶. Além disso, examinava as contas dos fornecedores, confrontando-as com os pedidos; realizava o inventário da farmácia e consignava em livro especial uma vez por ano e fiscalizava o serviço confiado ao oficial de farmácia (art. 23 do Decreto n. 508 de 1890). Aqui aparece a função de ajudante do farmacêutico (art. 24 do Decreto n. 508 de 1890) que não constava no Decreto n. 206-A.

²⁷. Art. 27 do Decreto n. 508 de 1890.

²⁸. Art. 28 do Decreto n. 508 de 1890.

²⁹. Depois poderia ser autorizada a matrícula pelo diretor geral, exceto tratando-se de estrangeiros que tivessem que ser repatriados em virtude de acordo com os respectivos governos (art. 29 do Decreto n. 508, de 1890). Além disso, em razão do art. 15, § 6º do Decreto n. 206-A, os estrangeiros alienados somente seriam admitidos, se houvesse autorização do cônsul ou outra autoridade do seu país.

³⁰. Art. 30 do Decreto n. 508 de 1890.

de alienados contribuintes seriam autorizadas pelo diretor geral da Assistência Médico-Legal, mediante requerimento³¹, ou por efeito de requisição de autoridade militar³², se o enfermo fosse oficial ou praça do Exército, da Armada ou do regimento policial³³.

Tinham competência para requerer a admissão o ascendente ou descendente, o cônjuge, o tutor ou curador e o chefe de corporação religiosa ou de beneficência³⁴. Diferentemente, da previsão do Decreto n. 206-A no art. 14, §3º, aqui havia a figura do chefe de corporação religiosa ou de beneficência.

Aos aludidos requerimentos, dos quais deveriam constar os esclarecimentos de que trata o art. 30, seriam anexados pareceres de dois médicos que tivessem examinado os enfermos, no máximo, em 15 dias, antes de sua admissão no Hospício ou certidões de exame de sanidade³⁵. Os enfermos indigentes só poderiam sair do Hospício depois de restabelecidos, salvo se o diretor geral concedesse licença. Quanto aos enfermos pensionistas³⁶, eles, porém, poderiam ser retirados em qualquer tempo pelas pessoas que tivessem requerido a admissão, e, na falta destas, pelos parentes ou curadores³⁷.

Diferentemente do Decreto n. 206-A que não tratava sobre a classificação dos alienados mentais, a partir do financiamento da internação, o art. 37 do Decreto n. 508 de 1890 realizou essa classificação do tratamento no Hospício Nacional de acordo com as categorias: (a) pensionistas,

³¹. Admissão voluntária prevista no art. 14, 2º do Decreto n. 206-A.

³². Admissão ex-officio com previsão no art. 14, §1º do Decreto n. 206-A.

³³. Art. 31 do Decreto n. 508 de 1890.

³⁴. Art. 32 do Decreto n. 508 de 1890.

³⁵. Art. 33 do Decreto n. 508 de 1890. Os requerimentos seriam acompanhados de cartas de fiança idônea das despesas relativas às classes em que forem classificados os enfermos, previsão também contida no art. 15, 5º do Decreto n. 206-A. O diretor geral deveria remeter, trimensalmente, ao Juiz de Órfãos da 1ª Vara da Capital do Rio de Janeiro, uma relação dos enfermos admitidos (art. 34 do Decreto n. 508 de 1890). Medida também prevista no art. 15, 4º do Decreto n. 206-A de 1890. Concedida a alta a qualquer enfermo, seria necessária a comunicação à autoridade que requisitou ou à pessoa que requereu a admissão -a fim de o mandar retirar o interno (art. 36 do Decreto n. 508 de 1890).

³⁶. A saída do enfermo pensionista também estava prevista no art. 17, 1º do Decreto n. 206-A de 1890.

³⁷. Caso a enfermidade mental representasse perigo social à ordem pública, a saída só ocorreria por ordem do Ministro do Interior ou do chefe de polícia. Hipótese prevista no art. 17, §§ 2º e 3º do Decreto n. 508 de 1890.

compreendendo quatro classes, cujas diárias seriam de 10\$ na 1ª, 5\$ na 2ª, 3\$ na 3ª e 2\$ na 4ª, (b) mantidos pelos Ministérios da Guerra, da Marinha e da Justiça³⁸ ou pelos Estados e (c) gratuitos³⁹.

Os Estados que enviassem os enfermos à Assistência Médico-Legal pagariam 1\$200 diários pelo tratamento de cada um. Com previsão já expressa no art. 4º do Decreto n. 206-A, o art. 39 do Decreto n. 508 apresentou a possibilidade de contrato celebrado entre os Estados e o Governo Federal, como hipótese de exceção ao pagamento do valor diário individual. Em virtude do pagamento das internações, cada alienado mental era distribuído nas instalações do Hospício Nacional dos Alienados de acordo com as classes⁴⁰.

Assim, os cômodos estavam dispostos, de acordo com os recursos econômicos de financiamento: (a) os enfermos de 1º classe teriam direito a um quarto mobiliado com possível conforto e um criado exclusivamente empregado no seu serviço⁴¹, (b) os de 2ª classe teriam um quarto mobiliado, com um só leito, (c) os de 3ª classe seriam acomodados, sempre que não houvesse inconveniente, em quartos com dois leitos e os de 4ª classe ocupariam os dormitórios especiais de oito a dezesseis leitos. Quando às refeições no tratamento do interno, eram discriminadas de acordo com a tabela organizada pelo diretor geral⁴².

A roupa dos enfermos pensionistas poderia ser lavada na casa dos seus familiares. Caso fossem lavadas no Hospício⁴³, os pensionistas deveriam

³⁸. Os enfermos enviados pelos Ministérios contribuía da seguinte forma: os oficiais com o meio soldo mensal e os praças com 640 rs diários (art. 38 do Decreto n. 508 de 1890). De acordo com a faixa de contribuição, eram designadas as classes de internação dos enfermos militares. As praças do Exército e da Armada e as do corpo de polícia, bem como os enfermos enviados pelos Estados e os gratuitos ocupariam os vastos dormitórios (arts. 41 e 42 do Decreto n. 508 de 1890).

³⁹. Os enfermos cujos parentes, tutores ou curadores, não poderem contribuir com a quantia correspondente à diária da 4ª classe, e derem entrada no Hospício mediante donativos em dinheiro ou apólices, ou pensões do montepio dos servidores do Estado, terão, salvo resolução em contrário do Ministro do Interior, do qual dependerão tais admissões, o tratamento dos gratuitos (art.44 do Decreto n.508 de 1890).

⁴⁰. Art. 40 do Decreto n. 508 de 1890.

⁴¹. Quando as pessoas interessadas desejarem fazer acompanhar por criados de sua escolha e confiança os enfermos, sendo estes de classe inferior à 1ª, deverão pagar pelo sustento dos criados a diária da 4ª classe (art. 45 do Decreto n. 508 de 1890).

⁴². Art. 43 do Decreto n. 508 de 1890.

⁴³. Previsão de lavanderia no art. 37 do Decreto n. 206-A de 1890. O Decreto n. 508 de 1890 apresentou na redação

pagar, mensalmente, de acordo com a classe⁴⁴. Quanto à organização e estrutura do Hospital Nacional dos Alienados, os enfermos deveriam ser separados por sexo, condicionados em duas grandes divisões⁴⁵ independentes e subdivididas de acordo com a decisão do diretor geral, distribuídos de acordo com as classes e a forma de alienação de que se acharem acometidos⁴⁶.

Havia a previsão para aplicações de hidroterapia em cada divisão e nos pavilhões de isolamento, além de uma seção para banhos ordinários, providas de aparelhos aperfeiçoados⁴⁷. Em razão da localização geográfica do Hospício Nacional dos Alienados, poderia ser permitido aos enfermos o uso dos banhos de mar, a salvo de acidentes⁴⁸.

No caso das Colônias, de modo similar, aos alienados, além da balneoterapia, seriam concedidos banhos ordinários de água doce e de mar, bem como a recreação, de acordo com o critério do diretor geral⁴⁹. Em relação à realização de trabalho pelos internos, o diretor geral do estabelecimento era o responsável por submetê-los, de acordo com suas aptidões⁵⁰.

Disposição não prevista no Decreto n. 206-A de 1890, o Hospício Nacional dos Alienados deveria ter aparelhos para exercícios ginásticos, biblioteca e diferentes jogos e instrumentos musicais para a recreação dos enfermos alienados⁵¹. As refeições seriam servidas três vezes por dia e aos enfermos acometidos de moléstias comuns seriam proporcionadas, porém, as dietas prescritas⁵². Os serviços dos refeitórios eram realizados por

do art. 69, que além da lavanderia, a despensa e a rouparia ficariam a cargo da superiora das irmãs de caridade, auxiliada por outras irmãs e por serventes, sendo que a despensa e a rouparia deveriam ter escrituração, de acordo com os modelos feitos pelo administrador, aprovados pelo diretor geral.

⁴⁴. Art. 46 do Decreto n. 508 de 1890.

⁴⁵. Haverá em ambas as divisões quartos, dormitórios, salas de reunião e de recreio, e enfermarias convenientemente arejadas e mantidas no mais escrupuloso asseio (art. 48 do Decreto n. 508 de 1890).

⁴⁶. Art. 47 do Decreto n. 508 de 1890.

⁴⁷. Art. 49 do Decreto n. 508 de 1890.

⁴⁸. Art. 50 do Decreto n. 508 de 1890.

⁴⁹. Art. 86 do Decreto n. 508 de 1890.

⁵⁰. Art. 51 do Decreto n. 508 de 1890.

⁵¹. Art. 52 do Decreto n. 508 de 1890.

⁵². Art. 53 do Decreto n. 508 de 1890.

irmãs de caridade, auxiliadas por serventes, conforme a seção a que pertencerem⁵³.

Quanto ao regime disciplinar e à manutenção da ordem no espaço hospitalar, o diretor geral poderia recorrer às medidas previstas no art. 54 do Decreto n. 508 de 1890, disposição que não existia anteriormente no Decreto n. 206-A: (a) privação do recebimento de visitas, passeios e quaisquer outras distrações; (b) reclusão solitária; (c) colete de força⁵⁴. Toda a escrita produzida pelos enfermos e a correspondência recebida deveria passar pelo controle da administração hospitalar⁵⁵.

A visitação dos enfermos indigentes poderia ser concedida no primeiro domingo de cada mês e, extraordinariamente, com licença do médico da respectiva subdivisão. Já aos pensionistas poderiam receber seus parentes, curadores ou correspondentes duas vezes por semana, segundas e sextas-feiras, das 9:00 às 11:00 horas, caso não houvesse oposição, em razão do tratamento, do médico responsável pelo interno⁵⁶. No caso das Colônias, a regulamentação estava prevista no art. 87 do Decreto n. 508, que possibilitava o encontro nos domingos e feriados.

Nota-se que havia discriminação entre os enfermos indigentes e pensionistas, desde a previsão normativa do Estatuto do Hospício de Pedro II. Consequentemente, a vida no espaço hospitalar era, duplamente, marcada pela segregação social, seja pelo Estado, seja pela administração do Hospício na aplicação de tratamento não equânime⁵⁷. Como medida prescritiva

⁵³. Art. 66 do Decreto n. 508 de 1890.

⁵⁴. Em relação à Colônia, como método disciplinar, são aplicáveis aos alienados os meios coercitivos empregados no Hospício Nacional (art.89 do Decreto n. 508 de 1890).

⁵⁵. Art. 55 do Decreto n.508 de 1890. No caso das Colônias, o disposto era o mesmo, nesse sentido, veja o art. 88 do Decreto n. 508 de 1890.

⁵⁶. Art. 56 do Decreto n. 508 de 1890.

⁵⁷. Verifica-se, por exemplo, a organização e o funcionamento dos refeitórios, estratificados pelas classes dos internos, adotando-se como regra a ocupação pelos enfermos das divisões e mesas correspondentes as suas classes. Os enfermos de primeira classe deveriam ser servidos por seus criados nos próprios aposentos, quando não quisessem comparecer no refeitório. Já os enfermos de segunda classe deveriam ser servidos nos refeitórios (arts. 67 e 68 do Decreto n. 508 de 1890).

para o tratamento dos alienados, as oficinas poderiam funcionar de acordo com a conveniência do diretor geral⁵⁸.

Os trabalhos dos enfermos alienados deveriam ficar expostos em compartimento apropriado, onde pudessem ser vistos pelos visitantes, caso não fossem destinados aos próprios enfermos ou decorressem de encomendas⁵⁹.

A ideia central – pressuposto teórico subjacente à proposta terapêutica diante do doente mental – que norteava a criação das Colônias era a de manter os doentes mentais em colônias agrícolas, dotadas de extensas áreas verdes e distantes do centro urbano, onde sua presença era incômoda e, ao mesmo tempo, conservá-los ocupados, cultivando a terra ou trabalhando nas oficinas. O lema *práxis omnia vinciti* (a prática sempre vence), aplicado na praxiterapia, mostra a concepção do trabalho como o grande instrumento terapêutico nas colônias, de modo moralizador e disciplinador⁶⁰.

Era destinado o percentual de 10% de parte dos produtos da venda fabricados pelos alienados, consignado no orçamento da Assistência Médico-Legal, aplicado a pequenos prêmios aos enfermos que mais se distinguissem no trabalho, além de servir também como auxílio pecuniário aos que não dispusessem de recursos financeiros para transporte até a residência da família e para se alimentarem também. Tais prêmios e auxílios estavam subordinados ao juízo discricionário do diretor geral⁶¹.

Quanto à divisão das oficinas por sexo, o Decreto n.508 estabelecia que na divisão dos homens deveria existir mestres necessários para a instrução nos diferentes ofícios, sujeitos à fiscalização do administrador do

⁵⁸. Art. 57 do Decreto n. 508 de 1890.

⁵⁹. Art. 58 do Decreto n. 508 de 1890.

⁶⁰. LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

⁶¹. Art. 59 e 60 do Decreto n. 508 de 1890.

estabelecimento⁶². Em relação à divisão feminina, a supervisão ficava a cargo da irmã de caridade superior⁶³.

Em relação ao exercício e funcionamento de oficinas nas Colônias, o diretor geral, logo que fosse possível e julgasse acertado estabelecer, nelas trabalhariam, sob a direção de mestres, os alienados que não se prestarem ao trabalho agrícola e mostrassem aptidão para algum ofício⁶⁴. Quanto à gestão do serviço econômico interno do Hospício, o art.63 do Decreto n.508 de 1890, apresentava as funções do administrador, encarregado inclusive dos transportes do Hospício Nacional dos Alienados⁶⁵.

Além disso, como guardião dos materiais⁶⁶, o administrador era responsável por designar as ordens de manutenção dos jardins e das chácaras do Hospício, realizadas por jardineiros e hortelãos, auxiliados por enfermos alienados com prescrição para esse gênero de trabalho⁶⁷.

No gabinete do diretor geral, como forma de controle da presença dos empregados do serviço clínico, havia um livro de registro que deveria ser preenchido entre as 8:00 e 8:30, todas as manhãs. Em relação ao serviço de necrotério e das salas de necropsia, a regulamentação estava prevista do art. 74 ao 77 do Decreto n. 508 de 1890. Em cada Colônia, haveria lugares apropriados para depósito dos mortos e preparo para caixões⁶⁸.

O art. 78 do Decreto n. 508 estabeleceu a competência das Colônias São Bento e Conde de Mesquita, reservadas a alienados indigentes, transferidos do Hospício Nacional, capazes de executarem trabalhos agrícolas e outras explorações industriais.

⁶². Art. 61 do Decreto n. 508 de 1890.

⁶³. Art. 62 do Decreto n. 508 de 1890. Além dessa competência e dos deveres inerentes ao serviço médico, à superiora das irmãs de caridade competia o disposto no art. 64 do Decreto n. 508 de 1890. Nesse sentido, dispõe o art.65: Na divisão das mulheres, o serviço será feito por irmãs de caridade auxiliadas por enfermeiras e serventes. Já o art. 63 do Decreto n. 508 de 1890 tratava sobre o serviço econômico interno do Hospício Nacional a ser exercido por um administrador com previsão de suas competências funcionais.

⁶⁴. Arts. 90 e 91 do Decreto n. 508 de 1890.

⁶⁵. A Assistência encarregada pelo transporte dos alienados, como previsão legal, deveria ter a disposição carros adequados para a condução dos enfermos e lanchas a vapor para o serviço entre o Hospício Nacional dos Alienados e as Colônias, sob a fiscalização da administração do Hospício Nacional (art. 96 a 98 do Decreto n.508).

⁶⁶. Art. 70 do Decreto n. 508 de 1890.

⁶⁷. Art. 71 do Decreto n. 508 de 1890.

⁶⁸. Art. 94 do Decreto n. 508 de 1890.

O Hospício Nacional era o único a receber pacientes pensionistas, oferecendo praxiterapia em atividades não agrícolas e servindo como ‘porta de entrada’ do sistema assistencial aos enfermos alienados a serem encaminhados para outros serviços, as instituições da Ilha do Governador eram pautadas no tipo institucional colônia agrícola, dirigida apenas a pacientes indigentes⁶⁹.

A estrutura da Colônia seria composta por um diretor, um médico, um almoxarife⁷⁰, um escriturário⁷¹ e dois médicos internos, dois enfermeiros-mor, dois despenseiros, um maquinista, um carpinteiro, um barbeiro, um oficial de farmácia, os enfermeiros, guardas, mestres de oficinas, cozinheiros, copeiros, lavradores, padeiros, remadores, campeiros e serventes indispensáveis⁷².

As competências dos diretores das Colônias estavam previstas no art. 80 e as dos médicos nos arts. 81 e 83 do Decreto n. 508 de 1890. O preenchimento das vagas de médico ocorreria de acordo com o disposto no art. 20 do Decreto n. 508 de 1890. Quanto ao dormitório, os enfermos alienados deveriam observar todos os preceitos da higiene⁷³.

Em relação às refeições, elas deveriam ser distribuídas, na medida do possível, de acordo com o que estiver estabelecido para o Hospício⁷⁴. No plano médico, a Assistência Médico-Legal contaria com a presença de um cirurgião e um dentista, devendo comparecer no Hospício Nacional para o exercício da sua profissão, três vezes por semana e nas colônias, caso fosse solicitado os seus serviços⁷⁵.

O art. 99 do Decreto n. 508 apresentava o direito ao serviço religioso para as famílias dos enfermos nos últimos momentos de vida,

⁶⁹. VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Dez/2011, p. 38.

⁷⁰. Competências descritas no art. 92 do Decreto n. 508 de 1890.

⁷¹. Competências regulamentadas no art. 93 do Decreto n. 508 de 1890.

⁷². Art. 79 do Decreto n. 508 de 1890.

⁷³. Art. 84 do Decreto n. 508 de 1890.

⁷⁴. Art. 85 do Decreto n. 508 de 1890.

⁷⁵. Art. 95 do Decreto n. 508 de 1890.

possibilitando a celebração de atos religiosos pelos sacerdotes e pastores da religião que pertencerem. No que diz respeito ao acesso da população no espaço do Hospício, ela poderia visitá-lo, ordinariamente, aos domingos e feriados, das 9:00 da manhã ao meio-dia, com permissão do diretor geral, dos médicos ou do administrador, limitada a percorrer somente as regiões do prédio não ocupadas pelos alienados⁷⁶.

Quanto à Colônia, a visita seria permitida pelo diretor geral e pelo diretor das colônias⁷⁷. As disposições regulamentares dos empregados da Assistência Médico-Legal, bem como as sanções administrativas encontravam-se previstas do art. 102 ao art. 109 do Decreto n. 508 de 1890⁷⁸.

2.2 Escola Profissional de Enfermagem

O Decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890, também assinado pelo Marechal Manoel Deodoro da Fonseca, a pedido de José Cesário de Faria Alvim, Ministro e Secretário dos Negócios do Interior, criou, no Hospício Nacional de Alienados, uma escola profissional de enfermagem, para ambos os sexos, com a finalidade de preparar enfermeiro(a)s para os hospícios e hospitais civis e militares⁷⁹.

José Cesário de Faria Alvim, na exposição de motivos por ocasião da criação do estabelecimento de ensino em enfermagem, alegou se tratar de obra meritória, empreendida no Rio de Janeiro, digna de elogios, por associações particulares e comunidades religiosas, que amparavam, dirigiam e educavam meninas desvalidas, disputando-as à miséria, à ignorância e ao vício para torná-las criaturas úteis a si e à pátria.

De modo discriminatório, o Ministro e Secretário dos Negócios do Interior afirmou, na sua fundamentação, o apoio oficial do Estado nos

⁷⁶. Art. 100 do Decreto n. 508 de 1890.

⁷⁷. Art. 101 do Decreto n. 508 de 1890.

⁷⁸. Por força mandamental do art. 110 do Decreto n. 508 de 1890, ao porteiro, aos enfermeiros, aos cozinheiros, aos serventes do Hospício e das Colônias e ao pessoal do serviço de transporte, de dois em dois anos, seriam concedidos uniformes e descontado, mensalmente, 10 % de suas gratificações durante um ano, para efeitos de quitação do material.

⁷⁹. Art. 1º do Decreto n. 791 de 1890.

estabelecimentos de caridade e filantropia, mantidos pelo Governo ou por associações e verificou sem justificar, que as crianças do sexo feminino, tinham a necessidade de alargar o horizonte de aspirações que lhes deveria ser desvendado.

Ao considerar os aspectos econômicos do país incipiente, relatou que o Estado mantinha o Asilo Menino Desvalidos, com 366 menores, e a Casa de São José, com aproximadamente 120 menores, dos quais poucos saem educados e preparados pelo ensino profissional para a luta levando os melhores elementos de sucesso, e em razão disso, que haveria de ser por largos anos, escassíssimo o número dos operários para as urgências de um país novo e vastíssimo como o nosso, em que tudo está quase por tentar e fazer.

Observa-se que a preocupação precípua da política do Estado era com a reabilitação para o mercado de trabalho. Assim, a reinserção social estava relacionada com a lógica da produção, decorrente do pensamento liberal, reportando, em segundo plano, de fato, a assistência social.

No caso das meninas, o caso era diverso, dizia José Cesário de Faria Alvim, pois, em regra, não encontrando aplicação imediata e remunerada para a sua atividade educada, ou permaneciam nos estabelecimentos que as preparavam e que não as despediam, perdendo assim tempo e impedindo o recebimento de outras necessitadas, ou se uniam em casamentos desiguais que, na maioria das vezes, sem mútua afeição, pelo que se constituíam novas fontes de gerações infelizes, que voltavam mais tarde aos pontos de agasalho dos seus progenitores.

Como se observa, José Cesário de Faria Alvim deixou evidenciada uma perspectiva de sociedade patriarcal, exploradora das camadas sociais mais desfavorecidas economicamente. E em tom influenciado pelo discurso de uma sociedade conservadora e que via a função da mulher como submissa e auxiliar, além de subestimá-la quanto às posições em cargos públicos, o Ministro dos Negócios do Interior afirmou que a Escola de Enfermeiras tenderia a criar e abrir um campo vastíssimo à atividade da mulher, onde, por sua delicadeza de sentimentos e apuro de carinhos, não teria

competidores, quer junto aos leitos dos enfermos hospitalares, quer nas casas particulares onde seriam o complemento do médico.

Prossegue afirmando que o desagradável incidente ocorrido no Hospício Nacional de Alienados, deixado de improviso pelas irmãs de caridade, que abandonaram cerca de 500 infelizes antes que chegassem as enfermeiras de ordem secular contratadas na França, colocava em evidência a urgência das providências propostas. O conteúdo programático do curso previa noções práticas de propedêutica clínica, noções gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneoterápicas, administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias⁸⁰.

Quanto ao quadro organizacional das disciplinas, os cursos teóricos seriam aplicados três vezes por semana, em seguida à visita às enfermarias, e eram dirigidos pelos médicos internos e inspetoras, sob a fiscalização do médico e superintendência do diretor geral⁸¹.

Como condição de admissibilidade para matrícula, o(a) candidato(a) deveria ter, pelo menos, 18 anos de idade; saber ler e escrever corretamente e conhecer aritmética elementar, além de apresentar atestado de bons costumes⁸².

Os alunos eram classificados em internos e externos. Os internos não poderiam exceder o número de 30 pessoas, teriam direito ao aposento, à alimentação e a gratificação de “20\$”, no primeiro ano, e depois da aprendizagem, no segundo de “25\$”, devendo, porém, coadjuvar os empregados do estabelecimento no serviço que lhes foi designado⁸³.

Aos melhores alunos, comprovado através do desempenho nos exames, seriam concedidos prêmios de até 50\$ e aos enfermeiros diplomados e aos alunos que, em qualquer tempo, fossem invalidados no exercício da

⁸⁰. Art. 2º, 1º a 3º do Decreto n. 791 de 1890.

⁸¹. Art. 3º do Decreto n. 791 de 1890.

⁸². Art. 4º do Decreto n. 791 de 1890.

⁸³. Art. 4º, parágrafo único do Decreto n. 791 de 1890.

“pressão” em hospitais mantidos pelo Estado, em razão dos deveres a ela inerentes, se abonaria uma pensão proporcional ao ordenado que perceberem⁸⁴.

No fim do curso, que poderia ser feito em dois anos, no mínimo, seria conferido ao aluno um diploma assinado pelo diretor geral da Assistência Médico-Legal de Alienados⁸⁵.

O diploma dará preferência para os empregos nos hospitais a que se refere o art. 5º, e o exercício profissional, durante 25 anos, à aposentadoria na forma das leis vigentes⁸⁶. Enquanto permanecerem no estabelecimento, os alunos ficariam sujeitos às penas disciplinares impostas nas instruções do serviço interno aos respectivos empregados⁸⁷.

2.3 Museu Anatomo-Pathológico

O Marechal Manoel Deodoro da Fonseca também aprovou o Decreto n. 1.180 de 18 de dezembro de 1890 que criou o Museu *Anatomo-Pathológico*, junto ao Hospício Nacional dos Alienados para o desenvolvimento dos estudos referentes às moléstias mentais e nervosas, com um laboratório para pesquisas histológicas e dar execução ao disposto no art. 27 do regulamento anexo ao Decreto n. 508 de 21 de junho último, provendo a conservação das peças anatômicas que despertarem interesse científico.

Dirigido por um médico, a previsão de horário de funcionamento do Museu e do seu laboratório era somente nos dias úteis, das 9:00 às 15:00 horas. As peças anatômicas destinadas ao museu deveriam ser entregues ao respectivo diretor, que as prepararia a fim de serem conservadas. As pesquisas histológicas ocorriam segundo as instruções dadas pelo diretor, que escolhia as preparações mais instrutivas para conservar. Cada peça

⁸⁴, Art. 5º do Decreto n. 791 de 1890.

⁸⁵, Art. 6º do Decreto n. 791 de 1890.

⁸⁶, Art. 7º do Decreto n. 791 de 1890.

⁸⁷, Art. 8º do Decreto n. 791 de 1890.

anatômica deveria vir acompanhada de um relatório do caso mórbido e da necropsia, de modo a ser arquivado para ilustração e histórico da peça.

O diretor deveria assistir às necropsias, com o fim de indicar o modo mais conveniente da extração da peça anatômica e de sua conservação antes de passar por ulterior processo. De todos os trabalhos executados no laboratório, o diretor deveria realizar, em cada ano, um relatório que seria entregue ao diretor geral da Assistência Médico- Legal e, posteriormente publicado.

No laboratório, as análises dos líquidos patológicos e as investigações microscópicas necessárias para a elucidação de casos mórbidos seriam executadas, de acordo com as instruções do diretor, pelos médicos e internos do Hospício. O diretor do Museu, nomeado por portaria do Ministro do Interior, teria o vencimento de 2.400\$ anuais, dividido em 1.600\$ de ordenado e 800\$ de gratificação, e seria auxiliado pelo atual conservador do gabinete do Hospício Nacional.

Em 1892, foi publicado o Decreto n. 896, de 29 de junho, assinado por Floriano Peixoto que consolidou as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-legal de alienados, bem como a implantação da Escola de Enfermagem e o Museu *Anatomo-Patológico*, criados, respectivamente, através dos Decretos n. 791 de 27 de setembro de 1890 e n. 1.180 de 18 de dezembro 1890.

Embora tenha ocorrido a promulgação da Constituição Republicana de 1891, de natureza liberal e influenciada pelo modelo federalista norte-americano, não havia nenhuma previsão relacionada à construção de um projeto nacional de saúde com ampla extensão na recém república. Aliás, tal carta constitucional no art. 71, §1º ao tratar sobre a suspensão ou perda dos direitos dos cidadãos brasileiros, afirmava a ocorrência dessa hipótese a partir da incapacidade física ou moral. Por ora, é importante destacar a aporia da incipiente prática liberal em nosso país, em razão da inexistência das premissas básicas do liberalismo clássico.

Importa salientar que essa previsão já se encontrava presente no art. 8º da Constituição Imperial de 1824, que também justificava a suspensão

dos direitos políticos, pelas mesmas razões de natureza física ou moral. Curiosamente, em nenhuma das duas cartas constitucionais houve menção de como seria avaliada a capacidade moral para o exercício da cidadania, o que demonstra a possibilidade arbitrária da decisão política de natureza médico-jurídica.

2.4 Alterações legislativas na regulação jurídica da Assistência Médico- Legal

Nesse sentido, na lacuna constitucional, as ações e serviços no campo da psiquiatria brasileira foram sendo regulamentadas por meio de decretos. Assim, o Decreto n. 896, de 29 de junho de 1892, assinado por Floriano Peixoto e pelo Ministro de Estado dos Negócios do Interior tinha por finalidade consolidar as disposições regulamentares, em vigor, relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-Legal de Alienados:

O termo Assistência Médico-Legal a Alienados denota íntima proximidade da psiquiatria com a jurisprudência predominante nas primeiras décadas do século, ou seja, a proximidade dos aspectos médicos da assistência com os aspectos legais envolvidos nas ações dos alienados⁸⁸.

Portanto, o art. 1º do Decreto n. 896 reafirmou a previsão contida nos artigos primeiros dos Decretos n. 206-A e n. 508, ambos de 1890. Além disso, reforçou a determinação do cargo de direção geral da Assistência ser ocupado por médico, de competência comprovada em estudos psiquiátricos, exigência de especialidade já prevista no Decreto n. 508, devendo ser nomeado por decreto, com as atribuições previstas no art. 3º do Decreto n. 896⁸⁹.

Na hipótese de impedimento repentino do diretor geral da Assistência, o art. 4º do Decreto n. 896 de 1892 retomou a redação do art. 5º do

⁸⁸. LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 53.

⁸⁹. O art. 4º do Decreto n. 508 trata sobre as competências do diretor da Assistência Médico-Legal.

Decreto n. 508 de 1890. Note que em relação à composição da diretoria da Assistência estabelecida no edifício do Hospício Nacional a previsão do art. 5º do Decreto n. 896 de 1892 correspondia ao art. 6º do Decreto n. 508 de 1890.

O art. 6º do Decreto n. 896 de 1892 estabelecia sobre as competências do secretário de maneira mais detalhada do que a previsão do art. 10 do Decreto n. 508 de 1890, especificando as atividades que outrora foram designadas, exclusivamente, ao chefe da secretaria⁹⁰. O art. 7º do Decreto n. 896 de 1892 institui a figura do contador, de modo inédito, com um rol significativo de competência e importância no controle financeiro da Assistência Médico-Legal⁹¹.

De modo similar ao cobrador previsto no art. 11 do Decreto n. 508 de 1890, havia a previsão dessa função no art. 11 do Decreto n. 896 de 1892. Quanto ao serviço de portaria o art. 12 do Decreto n. 896 de 1892 reforçou as determinações do art. 72 do Decreto n. 508 de 1890. Em relação ao Hospício Nacional e ao Serviço Sanitário, o art. 14 do Decreto n. 896 de 1892 apresentou a estrutura organizacional composta de três médicos⁹², um diretor do Museu Anatomo-Patológico, um chefe do gabinete eletroterápico, quatro médicos internos, dos quais dois serão pagos pela Faculdade de Medicina, um farmacêutico e um ajudante. Há uma diferença estrutural em relação à previsão do art. 18 do Decreto n. 508 de 1890.

No que diz respeito ao provimento de vagas para ocupar o cargo de médico, seguia-se o rito do concurso público previsto no art. 16, parágrafo único do Decreto n. 896 de 1892⁹³. Uma vez já regulada a existência e a estrutura do *Museu Anatomo-Patológico*, o Decreto n. 896 de 1892 apresentou detalhes do funcionamento do estabelecimento. Por disposição

⁹⁰. Arts. 7º a 9º do Decreto n. 508 de 1890.

⁹¹. Arts. 8º ao 10 do Decreto n. 896 de 1892. O horário de funcionamento da seção de contabilidade era entre as 9:00 da manhã até as 15:00 da tarde, durante os dias úteis, podendo ser prorrogada a hora do expediente, quando houvesse necessidade de serviço. O mesmo horário de expediente da secretaria, ver art. 14 do Decreto n. 508 de 1890.

⁹². Competências do médico previstas no art. 15 do Decreto n. 896 de 1892.

⁹³. Previsão já contida no art. 20, parágrafo único do Decreto n. 508 de 1890. O art. 17 do Decreto n. 896 de 1892 detalhou a competência do chefe do gabinete eletro-terápico da Assistência Médico-Legal. Além disso, as atribuições das funções dos médicos internos descritas estavam descritas nos arts. 18 a 20, com previsão inclusive da competência dos farmacêuticos nos arts. 21 a 23, tal como contida no art. 23 do Decreto n. 508 de 1890.

normativa, o Museu estaria aberto, das 9:00 da manhã as 14:00, todos os dias úteis (art. 24, §1º do Decreto n.896 de 1892). Quanto ao cuidado com as peças anatômicas, o procedimento realizado pelo diretor, além de estar descrito no art. 24, §§ 2º a 7º do Decreto n. 896 de 1892, já estava disposto no Decreto n. 1.180 de 1890.

Em relação à Escola de Enfermagem destinada à preparação de enfermeiro(a)s para os hospícios e hospitais civis e militares, a composição da grade curricular e seu funcionamento semanal⁹⁴ tinha previsão no art. 3º do Decreto n. 791 de 1890. Quanto aos requisitos de admissibilidade, o art. 25, §3º do Decreto n. 896 de 1892 estabeleceu a idade mínima de 14 anos⁹⁵, permanecendo as demais diretrizes de organização e funcionamento da estrutura da Escola de Enfermagem.

Quanto à admissão e classificação dos alienados em categorias e classes, o art. 26 do Decreto n. 896 de 1892 estabeleceu que o Hospício Nacional era o único estabelecimento a receber internos pensionistas, ressaltando a reserva de um pavilhão destinado aos doentes em observação, pelo qual também transitariam os doentes gratuitos⁹⁶.

Com o advento da Assistência Médico-Legal e a centralização administrativa das internações psiquiátricas evidencia-se ainda mais a relação entre a psiquiatria e administração da justiça⁹⁷. A divisão dos internos por categorias não foi alterada pelo art. 35 do Decreto n. 896 de 1892 que conservou a redação do art. 37 do Decreto n. 508 de 1890⁹⁸.

⁹⁴. Art. 25, §§1º e 2º do Decreto n. 896 de 1892.

⁹⁵. O art. 4º do Decreto n. 741 de 1890 estabelecia a idade mínima de 18 anos. Além disso, permaneceram as exigências de conhecimento de leitura e escrita, bem como de aritmética elementar e a apresentação de atestado de bons costumes.

⁹⁶. Os arts. 27 ao 29 do Decreto n. 896 de 1892 tratam sobre o procedimento de internação dos alienados, reforçando as disposições mandamentais já descritas nos arts. 30 e 31 do Decreto n. 508 de 1890. Os legitimados para a requisição da internação estavam regulados nos arts. 30 e 31 do Decreto n. 896 de 1892, composição já disposta nos arts. 32 e 33 do Decreto n. 508 de 1890. Os arts. 33 e 34 do Decreto n. 896 de 1892, retomam a disposição contida no art. 17 do Decreto n. 508 de 1890 quanto à saída de enfermos indigentes e dos pensionistas.

⁹⁷. O diretor geral deve remeter, a cada três meses, aos pretores desta Capital uma relação dos enfermos que pertencerem à respectiva circunscrição e houverem sido enviados nessa época (art. 32 do Decreto n. 896 de 1892).

⁹⁸. Quanto à disposição dos internos dentro do Hospício Nacional e sua estratificação de acordo com a origem de admissão e condição econômica de custeio na estrutura asilar, os arts. 36 a 43 do Decreto n. 896 de 1892 dispõem no mesmo sentido dos mandamentos dos arts. 37 a 47 do Decreto n. 508 de 1890.

Quanto à higiene asilar e ao regime de sanção disciplinar aplicado aos internos, as determinações dos arts. 44 a 53 do Decreto n. 896 de 1892 correspondem às diretrizes dos arts. 47 a 56 do Decreto n. 508 de 1890. Já em relação à prática nas oficinas, o art. 59 do Decreto n. 896 de 1892, de modo diverso do que dispõe o art. 62 do Decreto n. 508 de 1890, no âmbito das oficinas na divisão das mulheres, a fiscalização estaria a cargo de inspetoras, subordinadas à administração, rompendo o vínculo com as irmãs de caridade⁹⁹.

O art. 60 do Decreto n. 896 de 1892 estabelecia que o administrador do Hospício Nacional era o responsável imediato perante o diretor geral da Assistência, pelo serviço econômico do Hospício e pela direção do serviço do pessoal do escritório da administração, com exceção do serviço sanitário¹⁰⁰.

Em relação à Colônia, o regime administrativo da estrutura hospitalar não foi alterado correspondendo às previsões do Decreto n. 508 de 1890, bem como às disposições gerais do Decreto n. 896 de 1892. Assim, ficava evidente que as alterações nos dispositivos jurídicos reforçaram politicamente a estrutura asilar, destacando-se o detalhamento da regulamentação sobre a estrutura e funcionamento do *Museu Anatomo-Patológico* e da Escola de Enfermagem.

Já o advento do Decreto n. 1.559, assinado por Floriano Peixoto, juntamente com o Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, em 7 de outubro de 1893, tinha a finalidade de reorganizar o serviço de Assistência Médico-Legal de Alienados. A redação do art 1º do Decreto n. 1.159 apresentava o vínculo de subordinação da Assistência Médico-Legal de Alienados com o Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

O Pavilhão de Observação era destinado a receber a receber os doentes gratuitos, suspeitos de alienação mental, enviados pelas autoridades

⁹⁹. Além dessa exceção normativa, a previsão de trabalho nas oficinas estava contida nos arts. 54 a 59 do Decreto n. 896, com disposição similar nos arts. 57 a 61 do Decreto n. 508 de 1890.

¹⁰⁰. Os arts 61 a 63 do Decreto n. 896 de 1892 regulamentam a composição dos auxiliares na administração do Hospício.

públicas, exclusivamente reservado para a clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas da Faculdade de Medicina¹⁰¹.

O serviço sanitário do Hospício Nacional era composto por um médico diretor, quatro médicos especialistas, um cirurgião, um oftalmologista, um diretor do *Museu Anatomico-Pathológico*¹⁰², um chefe do gabinete eletroterápico, quatro internos, um farmacêutico e um ajudante, um dentista, enfermeiros, inspetores e guardas¹⁰³.

Houve uma regulamentação mais detalhada sobre o serviço administrativo interno do Hospício Nacional¹⁰⁴. Em relação à regulamentação da Colônia reforçaram-se as disposições normativas anteriores¹⁰⁵. A admissão dos enfermos e sua classificação encontravam-se reguladas nos arts. 6o a 76 do Decreto n. 1.159 de 1893.

Detalhou-se o processo de admissão para o cargo de médico por intermédio de concurso¹⁰⁶ e, também, foram regulamentadas as disposições comuns aos estabelecimentos¹⁰⁷.

O Decreto n. 2.467, de 19 de fevereiro de 1897, assinado Manoel Victorino Pereira e pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, dava um novo regulamento à Assistência Médico-Legal. Instituiu-se a superintendência administrativa e científica de todos os estabelecimentos da Assistência, confiada a um médico psiquiatra, com o título de inspetor geral¹⁰⁸.

¹⁰¹. Art. 11 do Decreto n. 1.159 de 1893.

¹⁰². O art. 22 do Decreto n. 1.159 apresentava a estrutura e o funcionamento do Museu Anatomico-Pathológico.

¹⁰³. Art. 11 do Decreto n. 1.159 de 1893. Houve a anexação da Escola de Enfermagem ao Hospício (art. 12, parágrafo único do Decreto n. 1.559 de 1893). O art. 13 do Decreto n. 1.159 de 1893 tratava sobre a competência do diretor do serviço sanitário, enquanto que o art. 14 do Decreto n. 1.159 de 1893 detalhava as atribuições dos médicos. O art. 15 do Decreto n. 1.159 de 1893 apresentava as funções do chefe do gabinete eletroterápico, enquanto que os arts. 16 e 17 do Decreto n. 1.159 de 1893 tratavam sobre a competência dos médicos internos. Os arts. 18 a 20 do Decreto n. 1.159 de 1893 apresentavam a competência do serviço farmacêutico. O art. 21 do Decreto n. 1.159 de 1893 reforçou a função dos enfermeiros como auxiliares dos médicos.

¹⁰⁴. Arts. 34 a 41 do Decreto n. 1.159 de 1893.

¹⁰⁵. Arts. 42 a 59 do Decreto n. 1.159 de 1893.

¹⁰⁶. Art. 77 a 94 do Decreto n. 1.159 de 1893.

¹⁰⁷. Arts. 95 a 125 do Decreto n. 1.159 de 1893.

¹⁰⁸. Art. 3º do Decreto n. 2.467 de 1897.

Tendo em vista o controle da estrutura administrativa e da admissão de empregados no Hospício Nacional, regulamentou-se com maiores detalhes o processo de nomeação do pessoal, sua substituição, vencimentos, vantagens e penas disciplinares¹⁰⁹. Além disso, manteve-se a descrição sobre o procedimento do concurso de provimento para o cargo de médico¹¹⁰.

Estabeleceu-se também a função de inspetor geral¹¹¹, bem como o reforço da disposição normativa do Pavilhão de Observação¹¹². Em relação aos demais decretos, o Decreto n. 2.467 de 1897 destacou, com maiores detalhes, a regulamentação da estrutura e funções administrativas da Assistência Médico-Legal¹¹³, o que se verifica com a previsão dos trabalhos de escrituração¹¹⁴, além de indicar o procedimento do concurso para o cargo de médico, com acréscimos de exigências, além das previstas nos art. 77 a 94 do Decreto n. 1.159 de 1893.

Já o Decreto n. 3.244, assinado por Eptácio Pessoa, juntamente com o Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, em 29 de março de 1899, tinha o objetivo de reorganizar a Assistência Médico Legal. Essa revisão jurídica não apresentou mudanças substanciais na vida do interno, de modo que o tratamento terapêutico destinado aos alienados continuava centralizado no modelo assistencial da psiquiatria asilar francesa, pautada no princípio do isolamento moral do indivíduo.

Tratou-se sobre a nomeação do pessoal, sua substituição, vencimentos e vantagens e penas disciplinares¹¹⁵, dos concursos para admissão de

¹⁰⁹. Arts. 5º a 18 do Decreto n. 2.467 de 1897.

¹¹⁰. Art. 19 a 37 do Decreto n. 2.467 de 1897.

¹¹¹. Art. 38 do Decreto n. 2.467 de 1897.

¹¹². Art. 41 do Decreto n. 2.467 de 1897.

¹¹³. O art. 43 apresentava as atribuições dos serviços administrativos e sanitários. Os arts. 44 e 45 tratavam sobre a competência do diretor, com destaque para o art. 46 que apresentava atribuições privativas do médico em função de chefia. Os arts. 47 a 51 regulamentavam as funções dos médicos internos. Os arts. 52 a 56 dispunham sobre a competência dos farmacêuticos. O art. 57 tratava sobre o Museu Anatomo- Pathológico, o art. 58 versava sobre as atribuições do gabinete eletro-terápico, o art. 59 discorria sobre a Escola Profissional de Enfermagem, os arts. 60 a 65 tratam sobre o funcionamento das oficinas. Regulou-se a prática do almoxarifado (art. 69), bem como o funcionamento das Colônias (arts. 71 a 86). Retomou-se os temas da admissão dos enfermos, sua classificação e tratamento (arts. 87 a 118), além da introdução das disposições comuns aos estabelecimentos (arts.119 a 128).

¹¹⁴. Art. 66 do Decreto n. 2.467 de 1897.

¹¹⁵. Arts. 5º a 12 do Decreto n. 3.244 de 1899.

provimento de cargo médico¹¹⁶, dos serviços científicos, administrativo e sanitário do Hospício¹¹⁷, do Pavilhão de Observação¹¹⁸, do Museu Anatomo-Pathológico¹¹⁹, do gabinete eletroterápico¹²⁰, da Escola Profissional de Enfermagem¹²¹, das Oficinas¹²², das Colônias¹²³, da admissão e saída dos alienados¹²⁴, com considerações comuns aos estabelecimentos¹²⁵.

Essas alterações regulamentares durante a década de 1890, por meio de decretos, não alteraram o tratamento psiquiátrico, tampouco a disposição asilar. Entretanto, precipuamente, buscaram a consagração da hierarquia médica em detrimento do poder religioso praticado pelas irmãs da Santa Casa de Misericórdia. A experiência do alienismo francês de Pinel e Esquirol influenciou o processo de consolidação da medicalização da sociedade brasileira no século XIX. O médico assumiria, então, o mandato social respaldado pelo ordenamento jurídico.

2.5 A intersecção do conhecimento médico-jurídico no projeto de formação da identidade nacional

As recepções das teorias científicas deterministas significaram o ingresso do discurso secular no tratamento da saúde pública, que na realidade brasileira, sobretudo, era um instrumento de combate à concepção religiosa no tratamento da doença. Assim, torna-se importante compreender a construção política e histórica do argumento racial no século XIX, bem como o conceito de *raça*, que para além de uma definição biológica, recebeu um significado social:

¹¹⁶. Arts. 13 a 29 do Decreto n. 3.244 de 1899.

¹¹⁷. Arts. 30 a 46 do Decreto n. 3.244 de 1899.

¹¹⁸. Art. 41 a 45 do Decreto n. 3.244 de 1899.

¹¹⁹. Art. 46 do Decreto n. 3.244 de 1899.

¹²⁰. Art. 47 do Decreto n. 3.244 de 1899.

¹²¹. Art. 48 do Decreto n. 3.244 de 1899.

¹²². Art. 49 a 54 do Decreto n. 3.244 de 1899.

¹²³. Art. 55 a 69 do Decreto n. 3.244 de 1899.

¹²⁴. Art. 70 a 111 do Decreto n. 3.244 de 1899.

¹²⁵. Art. 112 a 120 do Decreto n. 3.244 de 1899.

O termo *raça*, antes de aparecer como um conceito fechado, fixo e natural, é entendido como um objeto de conhecimento cujo significado está sendo constantemente renegociado e experimentado nesse contexto histórico específico, que tanto investiu em modelos biológicos de análise¹²⁶.

As elites intelectuais do Brasil, não só consumiram a literatura pautada no modelo biológico, como a adotaram de forma original, tendo em vista a realização de um novo projeto político, com o fim da escravidão. As teorias raciais se apresentavam enquanto modelo teórico viável na justificação do sistema social que se configurava, sobretudo, em razão da conservação da hierarquia social e do estabelecimento de critérios diferenciados de cidadania. De fato, a hibridação das raças significava nesse contexto “um tumulto”, como concluía o jornal *A Província de São Paulo* em 1887¹²⁷.

A partir de Silvio Romero, intelectual de Recife, o direito ganhou um estatuto diferente para o Brasil. Passou a combinar com a antropologia, se elegendo como “*sciencia*” nos moldes deterministas da época, permitindo falar e determinar os destinos e os problemas da nação.

Ele acreditava ver na mestiçagem – tão temida- a saída para uma possível homogeneidade nacional. Centrava-se no critério etnográfico para desvendar os problemas nacionais. Tudo passava pelo fator *raça* e nele deveria ser encontrada a explicação para o futuro do país. Paradoxalmente, ao invés de condenar a hibridação racial, seguindo os modelos evolucionistas sociais, ele encontrava nela a “viabilidade nacional”. Apesar do “elogio à mestiçagem”, não se deve incorrer no engano de procurar em Silvio Romero um defensor da igualdade entre os homens. Ao contrário, esse pensador foi um fiel seguidor do determinismo racial¹²⁸.

A Escola de Silvio Romero teve uma forte influência no cenário intelectual brasileiro nos períodos de 1891 a 1930 com a publicação das edições da *Revista Acadêmica da Faculdade de Direito do Recife*, enquanto

¹²⁶. SCHWARCZ, Lília Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p. 24.

¹²⁷. SCHWARCZ, Lília Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

¹²⁸. Idem.

resultado imediato da reforma levada a termo por Benjamin Constant, em 1890¹²⁹.

O tema da antropologia criminal sempre constante nas publicações da *Revista Academica da Faculdade de Direito do Recife* tinha como influência as ideias de Lombroso, Haeckel, Darwin, Le Bon e Ferri. As noções de evolucionismo e darwinismo social tinham o elemento racial como fundamento das análises criminológicas, sobretudo, com Lombroso e Ferri. “Os estudos de antropologia criminal e de direito penal cumprirão um papel capital, como se para eles confluíssem os grandes debates sobre os rumos dessa nação”¹³⁰.

Na busca de conhecer o perfil do delinquente e regenerar a “vitalidade nacional”, a antropologia criminal lombrosiana, no contexto brasileiro, teve nas análises antropométrica, psicológica e sociológica fatores norteadores das investigações da loucura, degeneração e criminalidade. Seja por um traço, seja pela delimitação de muitos detalhes, o fato é que, para esse tipo de teoria, nas características físicas de um povo é que se conheciam e reconheciam a criminalidade, a loucura, as potencialidades e os fracassos de um país¹³¹.

Todavia, esse aparato teórico médico-jurídico não respondeu, efetivamente, as questões tão caras à época como o atraso econômico, a pobreza social e fracasso no desenvolvimento das práticas de tratamento psiquiátrico. Apesar de apresentarem uma justificativa de manutenção da hierarquia social, não enfrentou, de fato, a problemática emergente com a instauração dos ideais republicanos e liberais.

Com suas aplicações de Darwin ao direito e de Haeckel à moral, esses intelectuais de Recife estavam confiantes, cegamente, na ciência que possibilitaria prever um futuro e imaginar uma nação até então desconhecida.

¹²⁹. Idem.

¹³⁰. SCHWARCZ, Lília Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 - 1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p. 206.

¹³¹. SCHWARCZ, Lília Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 - 1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p. 217 - 218.

O Brasil em finais do século XIX era apontado como um caso único e singular de extremada miscigenação racial¹³².

A atividade de “*sciencia*” no Brasil, nos fins do século XIX, era uma prática exercida não tanto como uma ciência de tipo experimental, ou a sociologia de Durkheim ou de Weber, mas nos modelos evolucionistas e social-darwinistas, originalmente, popularizados enquanto justificativas teóricas de práticas imperialistas de dominação. Cumpre aqui assinalar a crítica realizada pela antropóloga social em relação ao desempenho da atividade científica brasileira à época:

O que se valorizava nesse momento, porém, não era tanto o avanço científico, entendido enquanto incentivo a pesquisas originais, e sim umacerta ética científica, uma “cientificidade difusa” e indiscriminada. Tanto que se consumiram mais manuais e livro de divulgação científica do que obras ou relatórios originais. A ciência penetra primeiro como “moda” e só muito tempo depois como prática e produção¹³³.

A elite ilustrada¹³⁴ usufruía de prestígio social e dedicava-se à leitura e interpretação de textos e manuais positivistas, darwinistas sociais e evolucionistas como sua atividade intelectual por excelência. De modo pontual, Lília Moritz Schwarcz ao investigar a “originalidade dessa cópia” e sua aplicação no contexto brasileiro tão díspar, observou que a “bossa racial” vivia na Europa um claro processo de descrédito, o que já indicava uma apropriação tardia pela intelectualidade brasileira¹³⁵.

¹³². Idem.

¹³³. Ibidem, p. 41.

¹³⁴. Os homens de “*sciencia*”: Manuel de Oliveira Lima do IAGP (1865-1928), Francisco José Oliveira Vianna do IHGB (1883-1951), Euclides da Cunha do IHGB (1866-1909), Edgar Roquete-Pinto do Museu Nacional (1884-1954), Herman von Ihering do Museu Paulista (1850-1930), Tobias Barreto da Faculdade de Direito de Recife (1839-1889), Silvío Romero da Faculdade de Direito de Recife (1851-1914), Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1872-1917), João Batista Lacerda do Museu Nacional (1846-1915), Miguel Pereira da Academia Brasileira de Medicina do Brasil (1871-1918), Raimundo Nina Rodrigues da Faculdade de Medicina da Bahia (1862-1906) e A.A. de Azevedo Sodré da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1864-1929). Ver. SCHWARCZ, Lília Moritz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 -1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p.52-53.

¹³⁵. SCHWARCZ, Lília Moritz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 - 1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p. 234.

A academia jurídica de São Paulo inaugurada 1º de março de 1828, também alinhada aos ideais de emancipação política de 1822, não se limitou a refletir sobre o pensamento jurídico *stricto sensu*. A ascendente elite cafeeira paulista planejava para a sua cidade um novo cenário cultural devido à importância econômica e política da região de São Paulo entre 1870 e 1930.

A *Revista da Faculdade de Direito de São Paulo* criada, em 3 de dezembro de 1892, tinha como meta inicial apresentar as matérias relacionadas ao estabelecimento de ensino paulista. Era uma revista de veículo oficial e institucional. A função do direito era descobrir leis que aperfeiçoassem a humanidade. O direito era, portanto, “produto” de uma determinada evolução, mas também “produtor” de progresso e civilização¹³⁶.

O direito, na concepção da escola jurídica paulista, tinha supremacia na análise social e na abordagem das políticas públicas sanitárias referentes às estratégias higienização da civilização brasileira, cabendo à medicina apenas um papel secundário, um olhar técnico complementar. O auxílio do profissional médico era relevante, mas a autonomia e a primazia do jurista eram garantidas, uma vez que a este último cabia a decisão final¹³⁷.

O bom jurista era aquele que bem se assessorava, utilizando-se “das modernas teorias sobre as raças”; no entanto, em suas conclusões não se submetia exclusivamente as suas determinações¹³⁸.

Eis uma aporia: a inserção e a recuperação dessas teorias raciais e, sobretudo, sua vigência contemporânea aos modelos liberais de atuação política e de concepção do Estado. Liberalismo e racismo corporificaram, nesse momento, dois grandes modelos teóricos explicativos: o primeiro fundava-se no indivíduo e em sua responsabilidade pessoal; o segundo retirava a atenção colocada no sujeito para centrá-la na atuação do grupo entendido enquanto resultado de uma estrutura biológica singular¹³⁹.

¹³⁶. Idem.

¹³⁷. Ibidem, p. 234.

¹³⁸. SCHWARCZ, Lília Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 - 1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p. 235.

¹³⁹. SCHWARCZ, Lília Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 -*

Assim, o início da experiência liberal brasileira ocorreu às avessas dos modelos europeu e norte-americano, uma vez que as agendas democrática e econômica não consideraram os princípios republicanos, que no cenário brasileiro assumiram uma imagem impopular, elitista e autoritária:

A Faculdade de Direito de São Paulo é um espelho da pujança vivida por São Paulo durante a Velha República. A academia não só tendeu a legitimar a vigência de um Estado autoritário e claramente manipulador, como procurou na teoria evolucionista a certeza de sua origem e de um futuro certo ¹⁴⁰.

Diante da problemática em torno do cruzamento e da miscigenação racial, os “homens de *sciencia*”, que no fim do século XIX tomaram para si a missão de abrigar uma ciência positivista e determinista e utilizando-se dela para liderar e dar saídas ao destino da nação a essa altura já muito miscigenada. Nas diversas instituições a discussão racial assumiu naquele momento um papel central, surgindo teses alternativas embora contemporâneas.

Da *frenologia* dos museus etnográficos à leitura fiel dos *germânicos* na Escola de Recife, passando pela análise liberal da Escola de Direito paulista ou pela interpretação “*católico- evolucionista*” dos institutos, para se chegar ao modelo “eugênico”¹⁴¹ das faculdades de medicina¹⁴².

1930). São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

¹⁴⁰. Ibidem, p. 238.

¹⁴¹. Cf. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015, p. 40 - 41: “O primeiro trabalho escrito e publicado por Francis Galton que esboça os princípios da teoria eugênica é *Hereditary Talent and Character* (1865), considerado por Karl Pearson, companheiro de pesquisas, um trabalho conclusivo. Tal trabalho é uma hipótese cuja comprovação se tornará o objetivo de vida de Galton. Ele se tornará reforçado com a publicação de *Hereditary Genius* (1869). Neste livro, Galton desenvolverá a teoria eugênica e o estudo da distribuição do talento nas populações. A ideia fundamental é que o talento é hereditário e não o resultado do meio ambiente, rejeitando as ideias de Lamarck, uma vez que só há influência do meio ambiente na transmissão de caracteres somente quando existe predisposição hereditária. Em 1875, Galton publicou sua própria teoria sobre a hereditariedade no livro *A Theory of Hereditary* (1875), baseando-se nas formulações sobre o plasma germinal de Weismann. Nesses anos, Galton dedicou-se intensamente a estudar o cruzamento de ervilhas, recolhendo medidas antropológicas que tinham o objetivo de resolver um dos problemas mais importantes da doutrina eugênica: selecionar os mais aptos e eliminar ou controlar os inaptos dentro de cada classe social. Após se ocupar por quase duas décadas em provar que o talento é herdado, através da análise dos dados da elite inglesa, a preocupação de Galton estava voltada em mostrar que a doença mental, o crime e a marginalidade eram também resultados da herança genética. Inquires into Human Faculty and its development (1883) reúne uma série de análises sociológicas e material antropológico recolhido pelo autor e expõe claramente a eugenia (do grego eugenes, quer dizer, de boa linhagem, dotado hereditariamente com nobres qualidades), termo usado pela primeira vez”.

¹⁴². SCHWARCZ, Lília Moritz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 -**

Com o término da Guerra do Paraguai, em 1870, apesar de um certo desenvolvimento econômico garantido pela alta aceitação do café brasileiro no mercado mundial, as contradições do sistema se aguçam, ao embalo da campanha republicana. Estava em jogo, além da construção de um novo regime político, a conservação de uma hierarquia social arraigada que opunha elites de proprietários rurais a uma grande massa de escravos e uma diminuta classe média urbana¹⁴³.

Com a promulgação da Lei do Ventre Livre em 1871, nesse contexto de ebulição social, iniciaram-se os primeiros debates e experiências com trabalhadores estrangeiros, sobretudo, europeus, entendidos nesse momento como os grandes substitutos diante do iminente fim da escravidão¹⁴⁴.

De fato, o liberalismo do início do século XX não trouxe democracia, pois ficou restrito à elite e limitado pela manutenção dos resquícios da escravidão: discriminação social que depois seria refletida na discriminação política. A abolição da escravatura e a proclamação da República são atos de um processo que dão sequência à crise que desde a guerra do Paraguai confronta o Império anacrônico e escravista com o Exército abolicionista e republicano¹⁴⁵.

Na transição dos séculos XIX para o início do XX, observou-se um deslocamento do alienismo francês, dirigido para os internos do Hospício, para uma intervenção psiquiátrica extra-muro no âmbito da família, da educação e das discussões sobre raça no âmbito social. Nesse sentido, surgiram mais Colônias e, por outro lado, fundamentados na prevenção por meio da higiene e profilaxia, surgem os dispensários e ambulatórios¹⁴⁶.

No início do século XX, os debates entre as áreas jurídica e médica se intensificaram em torno da justificativa de limpeza social nas propostas

1930). São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

¹⁴³. Idem.

¹⁴⁴. Idem.

¹⁴⁵. Ver CERQUEIRA, Marcello. **A Constituição na História. Origem e Reforma**. Rio de Janeiro: Renavam, 1993; CERQUEIRA, Marcello. **Cartas Constitucionais. Império, República e Autoritarismo. (Ensaio, Crítica e Documentação)**. Rio de Janeiro: Renovar, 1997.

¹⁴⁶. LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

implementadas de higienização pública. O Rio de Janeiro, capital federal, era uma cidade doente, marcada por doenças pestilenciais (febre amarela, peste bubônica e varíola). Desse modo, para contornar esse quadro, o Estado realizou intervenção em duas linhas: (a) no controle do espaço urbano, a partir da experiência do urbanismo francês, com a reforma do Bota-Abaixo, que pressupunha a abertura de avenidas amplas e a eliminação dos cortiços, com o despejo de milhares moradores de habitações populares e (b) no corpo do cidadão, com a campanha de vacinação realizada por Oswaldo Cruz¹⁴⁷.

A discriminação, a esterilização, o controle de casamentos e o branqueamento com fator de aperfeiçoamento da raça humana foram as diretrizes das políticas públicas instrumentalizadas pelos advogados nas discussões legislativas e pelos médicos na construção dos conceitos patológicos.

Era um momento de transformações e investimentos em prol da assistência a alienados no contexto das ações de higiene pública que estavam sendo promovidas durante a administração do prefeito Francisco Pereira Passos entre os anos de 1902 e 1906, e a gestão de Oswaldo Cruz como diretor-geral de Saúde Pública do governo federal de Rodrigues Alves¹⁴⁸.

As epidemias de febre amarela, peste e varíola, no início do século XX, comprometeram a economia agroexportadora, impondo ao poder público o saneamento dos portos, bem como a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e a vacinação obrigatória. A realização de campanhas sanitárias e a reforma dos órgãos federais marcaram a saúde pública brasileira:

A saúde era tratada mais como caso de polícia do que como questão social. E o órgão que cuidava da saúde pública vinculava-se ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A realização de campanhas lembrava uma operação

¹⁴⁷. MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FONSECA, Angélica Ferreira; BORGES, Camila Furlanetti. **O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil**. In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M.C.A.; DA SILVA, P.R.F. (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

¹⁴⁸. VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Dez/2011.

militar, e muitas das ações realizadas inspiravam-se no que se denomina polícia sanitária¹⁴⁹.

Desde a década de 1910, ocorreu um movimento pela mudança na organização sanitária, liderado por médicos e contando com a presença de autoridades políticas e intelectuais. A importância desse movimento foi reconhecida com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais¹⁵⁰.

Nesse cenário, muitos debates eram travados entre os advogados e médicos, principalmente, no sentido de definir quais seriam os limites da autoridade médica diante da sociedade, onde e como ela deveria interceder e intervir. Na ótica médica, os advogados eram instrumentos legislativos para aplicação dos diagnósticos feitos pelos médicos. Caberia a eles elaborar e fiscalizar a implantação das leis de cura social. Ao contrário, os médicos eram técnicos que cooperavam na boa aplicação das leis sanitárias¹⁵¹.

Nesse processo de transformação social, em 1902, um inquérito conduzido pelo governo Rodrigues Alves revelou que o Hospital Nacional de Alienados era simplesmente uma casa para detenção de louco, onde não havia tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização. Foi nesse contexto histórico que, entre os alunos de Nina Rodrigues, deu-se a escolha do médico Juliano Moreira, conferindo-lhe a administração deste hospital¹⁵².

Para os médicos da Faculdade de Medicina de Salvador, a primeira do Brasil, em especial para o grupo conhecido como Escola Nina Rodrigues, a miscigenação era impedimento para o desenvolvimento do país. A mistura proporcionava a loucura, a criminalidade e a doença¹⁵³.

¹⁴⁹. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 29.

¹⁵⁰. Idem.

¹⁵¹. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015.

¹⁵². LUZ, Nádia. **Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental**. São Paulo: Editora UNIFRAN, 2006.

¹⁵³. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015, p. 91.

Embora os documentos jurídicos existentes no Brasil já regulassem o âmbito da assistência mental, havia uma lacuna a ser preenchida. Necessitava-se de uma legislação psiquiátrica mais ampla que ordenasse, além do projeto de medicalização da sociedade, os rumos da identidade nacional.

Teixeira Brandão, referindo-se à legislação europeia, em particular à francesa, defendia a existência de uma lei nacional. Assim, em 24 de abril de 1896, enviou um ofício ao Ministro da Justiça pedindo providências para que legislasse sobre a sequestração dos loucos. Em 1903, torna-se deputado, conseguindo a aprovação da primeira lei federal dos alienados.

Esta lei fazia do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordinando sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determinando a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamentando a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordinando a fundação de estabelecimentos para alienados à autorização do Ministro do Interior ou dos presidentes ou governadores dos estados, criando uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados. Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido¹⁵⁴.

Segundo ele, ocorreu um abuso da Santa Casa de Misericórdia, que se apropriou, indebitamente, de algo que não lhe pertencia e, se José Clemente Pereira propôs ao governo imperial a criação do Hospício, o motivo era que a Santa Casa de Misericórdia estava assoberbada por dificuldades financeiras¹⁵⁵:

Além disso, segundo Teixeira Brandão, não se poderia confiar a uma confraria atribuições como manter a segurança pública, determinar casos em que a defesa social exigia o sacrifício da liberdade individual, regulando a sucessão pela gestão dos bens dos alienados. A relação do Estado com os loucos tem um duplo aspecto: uma, que é de defesa da coletividade contra o perigo representado

¹⁵⁴. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 484.

¹⁵⁵. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

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 rico¹⁵⁶.

Assim, em 1903, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, projeto atribuído a Juliano Moreira, a partir dos programas de higienização e saneamento pautados pela nova racionalidade científica e pela construção de uma paisagem social com projetos eugênicos em vista, que pretendiam eliminar a doença.

Reação desmensurada, mas reveladora da violência com que se aplicavam esses projetos de higienização foi a Revolta da Vacina (1904). Apesar do acerto da medida e da vacinação obrigatória, a força da mobilização popular indicava o descompasso entre os programas científicos e a compreensão por parte do povo¹⁵⁷.

A legislação de 1903 assumiu a natureza patológica atribuída à loucura, definindo o alienado como “um indivíduo que, por moléstia congênita ou adquirida, compromete a ordem pública ou a segurança das pessoas”, afirma Nádia Luz³⁹⁵. O texto legal, ao circunscrever o campo dos doentes passíveis do diagnóstico de alienação, pelo que o próprio termo define- que está alheio aos outros-, normatizava, também, propósito da exclusão e confinamento para que se realizasse a ordem pública. Seguindo esta racionalidade científica, não podemos deixar de fazer menção à questão da apropriação de conceitos para novas práticas¹⁵⁸.

O alienado até então sempre fora considerado como aquele cuja mente permanece alheia ao mundo que o cerca, o que difere do conceito de alienar forçosamente, ou por meio de sequestro, uma pessoa do convívio físico com outras. O alienado mental, no conceito anterior à legislação

¹⁵⁶. Ibidem, p. 487.

¹⁵⁷. SCHWARCZ, Lília Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 - 1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, p. 46.

¹⁵⁸. LUZ, Nádia. *Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental*. São Paulo: Editora UNIFRAN, 2006, p. 53.

proposta por Juliano Moreira no governo Rodrigues Alves, corresponde a uma pessoa cuja mente, não o corpo, estava alheia. A legislação compreenderá em alienar também o corpo do convívio social. O louco, ou alienado mental, antes de Juliano Moreira não era visto sob as circunstâncias conclusas da medicina legal – expoente de pesquisa da faculdade baiana –, como uma pessoa virtualmente perigosa, cuja tendência degenerativa necessitava ser estancada naquela geração, raciocínio este completado posteriormente, quando da proposta de esterilização dos internos de asilos ou hospícios ¹⁵⁹.

A aprovação do Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganizava a assistência a alienados e, no mesmo ano, a indicação de Juliano Moreira (1873-1933) para a direção do Hospício Nacional, ali realizando reformas de ordem arquitetônica e assistencial, reforçavam as iniciativas ‘modernizadoras’ do Estado e as estendiam para a esfera da assistência pública a alienados ¹⁶⁰.

2.6 A primeira lei federal de assistência médico-legal e a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira

O decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, assinado por Rodrigues Alves tinha por finalidade reorganizar a Assistência a Alienados. Segundo o dispositivo normativo, o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, compromettesse a ordem pública ou a segurança das pessoas seria recolhido a um estabelecimento de alienados ¹⁶¹.

A partir do início do século XX, Juliano Moreira, sob inspiração do modelo psiquiátrico alemão de Kraepelin, buscou apresentar ao cenário brasileiro, uma ciência médica baseada na descrição e classificação. A teoria

¹⁵⁹. LUZ, Nadia. **Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental**. São Paulo: Editora UNIFRAN, 2006, p. 53.

¹⁶⁰. VENANCIO, Ana Teresa Acatuassú. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Dez/2011, p. 34.

¹⁶¹. Art. 1º do Decreto n. 1.132 de 1903.

de Kraepelin constitui-se uma teoria que pretende ser psicológica, diferente da teoria de base moral, a qual ao relacionar as lesões físicas às lesões psicológicas, considera a evolução da doença sob esses dois aspectos¹⁶²:

Para tanto, a história do indivíduo - os antecedentes da moléstia no indivíduo e na família - ganha importância e acentua a especificidade da lesão psicológica em relação à especificidade de sua etiologia. Estabelece-se, assim, uma descontinuidade entre o saber prioritariamente psicológico da psiquiatria do século XX e o saber moral do século XIX, em que a especificidade dos diversos tipos de doença mental era remetida à generalidade causal¹⁶³.

Nesse sentido, observa-se, expressamente, no âmbito jurídico, a concepção originária de moléstia mental (congenita ou adquirida). Nas legislações anteriores, tal concepção psiquiátrica não estava presente. De fato, houve uma mudança paradigmática a partir do século XX com o rompimento da influência psiquiátrica francesa de Pinel e Esquirol:

A “germanização” da psiquiatria brasileira trouxe para o país as *teorias da diferença*, com suas concepções biologizantes sobre a condição humana. Em meio as recentes transformações nacionais, como a abolição da escravidão e a proclamação da República, estas teorias trouxeram para os intelectuais brasileiros o desafio de pensar a viabilidade de um projeto civilizador em um país marcado pela hierarquia social e racial. A manutenção da unidade nacional e a construção de uma “identidade nacional” eram de extrema importância para a consolidação da República e de suas ideias de cidadania. Nesse sentido, o rígido determinismo biológico das “teorias da diferença” tornou-se um grande empecilho aos projetos modernizadores¹⁶⁴.

Portanto, políticas como as de embranquecimento do povo brasileiro, através da vinda de imigrantes brancos europeus, mostram uma

¹⁶². PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

¹⁶³. PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 66.

¹⁶⁴. DE CARVALHO, Emílio Nolasco. **A Reforma, as formas e outras formas: um estudo sobre as construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental**. 197 f. Dissertação (Dissertação Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2001, p. 33.

identidade nacional ainda em esboço a qual deveria ser moldada segundo os princípios científicos higienistas e eugênicos da época¹⁶⁵. Assim, a reclusão somente seria efetiva em estabelecimento de natureza psiquiátrica, caso fosse comprovada a alienação, com previsão de estabelecimentos públicos ou privados¹⁶⁶. Inicia-se, a partir de então, a possibilidade jurídica da participação da assistência psiquiátrica privada no projeto de higienização social.

Decorre, então, que preenchidos os requisitos de controle social (ordem pública¹⁶⁷ ou segurança das pessoas), cabia o recolhimento, ato que poderia ser revisto. A admissão nos asilos de alienados deveria ser feita mediante requisição¹⁶⁸ ou requerimento¹⁶⁹, conforme a reclamação de autoridade pública ou de algum particular.

O art. 3º do Decreto n. 1.132 apresentava a possibilidade de tratamento do enfermo de alienação mental em domicílio, sempre que fossem ministrados os cuidados necessários¹⁷⁰. Com exceção do caso de sentença, ocasião em que o juiz deveria conceder a curatela ao alienado, competia à autoridade policial, segundo as circunstâncias, sobre a guarda provisória dos bens do alienado, comunicando, imediatamente, o fato ao juiz competente, a fim de providenciar como for de direito¹⁷¹.

¹⁶⁵. Ibidem, p. 34.

¹⁶⁶. Art. 1º, §1º do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁶⁷. Cf. Art.1º, 2º do Decreto n. 1.132 de 1903. Se a ordem pública exigir a internação de um alienado seria provisória sua admissão em asilo público ou particular, devendo o diretor do estabelecimento, dentro de 24 horas, comunicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o ocorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação médica que houver sido feita.

¹⁶⁸. Cf. Art. 2º, §1º do Decreto n. 1.132 de 1903. A autoridade juntará à requisição: (a) uma guia contendo o nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, cor, profissão, domicílio, sinais físicos e fisionômicos do indivíduo suspeito da alienação, ou a sua fotografia, bem como outros esclarecimentos, quantos possa reunir e fazer certa identidade do enfermo, (b) uma exposição dos fatos que comprovem a alienação, e dos motivos que determinaram a detenção do enfermo, caso tenha sido feita acompanhada, sempre que possível, de atestados médicos afirmativos da moléstia mental e (c) o laudo do exame médico-legal, feito pelos peritos da Polícia, quando seja esta a requisitante.

¹⁶⁹. Cf. Art. 2º, §2º do Decreto n. 1.132 de 1903. O particular deveria juntar ao requerimento, além do que os regulamentos especiais a cada estabelecimento exigissem: (a) as declarações do art.2º, 1º .letra a, documentadas quanto possível, (b) dois pareceres de médicos que tenham examinados o enfermo 15 dias antes, no máximo, da data do requerimento ou certidão de exame de sanidade.

¹⁷⁰. Cf. Art. 3º, parágrafo único do Decreto n. 1.132 de 1903. Se, porém, a moléstia mental excedesse o período de doze meses, a pessoa que tivesse em sua guarda o enfermo, deveria comunicar o fato à autoridade competente com todas as ocorrências relativas à moléstia e ao tratamento empregado.

¹⁷¹. Art. 4º do Decreto n. 1.132 de 1903.

As colônias agrícolas tinham por objetivo estimular o doente mental a trabalhar no campo para reduzir o ônus que o Estado tinha para com este doente, além da intenção de curá-lo e reintegrá-lo através de uma perspectiva agropecuária¹⁷². A proposta de Juliano Moreira de criar a assistência heterofamiliar fracassou, pois as Colônias se mostraram ineficientes pela alta taxa de permanência de internação e pela ausência de projetos terapêuticos de inclusão que ultrapassassem o fazer do trabalho¹⁷³.

Havia o direito do indivíduo internado em estabelecimento público ou privado, ou em domicílio, de reclamar por novo exame de sanidade, inclusive podendo denunciar a falta desse procedimento formal¹⁷⁴.

Salvo o caso de perigo iminente para a ordem pública ou para o próprio enfermo, não seria recusada sua retirada de qualquer estabelecimento, quando pedida por quem requereu a reclusão. Caso a saída fosse recusada, o diretor do estabelecimento deveria, em relatório, explicar as razões da negativa à autoridade competente para o julgamento de sua procedência¹⁷⁵.

Quanto à evasão do interno no asilo público ou particular, ele somente poderia ser reinternado, sem nova formalidade, não havendo decorrido 15 dias da data da evasão¹⁷⁶. No que tange à proteção do interno, havia a previsão legal da ação penal, por denúncia do Ministério Público, em todos os casos de violência e atentados ao pudor, praticados nas pessoas dos alienados¹⁷⁷.

A fim de separar os alienados dos criminosos, o art. 10 do Decreto n. 1.132 proibia manter alienados em cadeias públicas¹⁷⁸. Enquanto os

¹⁷². Para maior aprofundamento acerca da Colônia Juliano Moreira ver KEUSEN, Alexandre Lins. **Colônia Juliano Moreira: Reflexões sobre a trajetória de uma Instituição Psiquiátrica**. 258f. Tese (Doutorado em Medicina). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.

¹⁷³. STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma Psiquiátrica Brasileira. Perspectivas humanistas e existenciais**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

¹⁷⁴. Art. 5º do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁷⁵. Arts. 6º e 7º do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁷⁶. Art. 8º do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁷⁷. Art. 9º do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁷⁸. Cf. Art. 10, parágrafo único do Decreto n. 1.132 de 1903. Onde quer que não exista hospício, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa, expressamente, destinada a esse fim, até que possa ser transportado para

Estados não possuíssem manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderiam permanecer em asilos públicos, nos pavilhões que, especialmente, se lhes reservassem¹⁷⁹. Tal dispositivo jurídico representou na história legislativa psiquiátrica brasileira, a primeira disposição em distinguir o alienado mental do infrator.

A competência de supervisão dos estabelecimentos, públicos e particulares, de alienados em todo o país, ficava a cargo do Ministro da Justiça e Negócios Interiores, por intermédio de uma comissão, em cada Estado e no Distrito Federal, do procurador da República, do curador de órfãos e de um profissional de reconhecida competência, designado pelo governo¹⁸⁰.

Todo hospício, asilo ou casa de saúde, destinado a enfermos de moléstias mentais deveria preencher as seguintes condições: (a) ser dirigido por profissional, devidamente, habilitado e residente no estabelecimento, (b) instalar-se e funcionar em edifício adequado, situado em lugar saudável, com dependências que permitam aos enfermos exercícios ao ar livre, (c) possuir compartimentos especiais para evitar a promiscuidade de sexos, bem como para a separação e classificação dos doentes, segundo o número destes e a natureza da moléstia de que sofram e (d) oferecer garantias de idoneidade, no tocante ao pessoal, para os serviços clínicos e administrativos¹⁸¹.

No caso da administração particular¹⁸², quem pretendesse fundar ou dirigir uma casa de saúde destinada ao tratamento de alienados deveria requerer ao Ministério do Interior ou aos presidentes ou governadores dos Estados a devida autorização¹⁸³.

algum estabelecimento especial.

¹⁷⁹. Art. 11 do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁸⁰. Art. 12 do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁸¹. Art. 13 do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁸². O requerente deveria anexar na sua petição: (a) documentos tendentes a provar que o local e o estabelecimento estão nas condições do art. 13, (b) o regulamento interno da casa de saúde, (c) declaração do número de doentes que pretendesse receber, (d) declaração de receber ou não o estabelecimento apenas alienados, e de ser, no último caso, o local reservado a estes inteiramente separado do destinado aos outros doentes (art. 15 do Decreto n. 1.132 de 1903).

¹⁸³. Art. 14 do Decreto n. 1.132 de 1903.

Caso os documentos exigidos pelo Estado ao particular estivessem em conformidade e sendo deferida a petição pela comissão inspetora, deveria, então, o particular recolher aos cofres públicos a quantia arbitrada pelo governo para a fiscalização do estabelecimento, anualmente¹⁸⁴.

Pretendendo elevar o número originário de pensionistas, a direção do estabelecimento deveria submeter ao governo, devidamente, informada pela comissão inspetora, uma nova planta do edifício, provando que as novas construções comportariam, na conformidade requerida, os novos pensionistas¹⁸⁵.

Os diretores de asilos de alienados, públicos ou particulares, deveriam enviar, mensalmente, à comissão inspetora uma relação circunstanciada dos doentes internados no mês anterior¹⁸⁶. Quanto ao custo financeiro dos alienados, o art. 19 do Decreto n. 1.132 afirmava que ao governo da União cabia manter a assistência aos alienados do Distrito Federal, havendo da Prefeitura do Distrito a diária dos doentes. A diária dos alienados remetidos pelos Estados seria paga por eles e, quanto aos alienados estrangeiros, o pagamento ficava a cargo dos respectivos países¹⁸⁷.

A composição da estrutura administrativa da Assistência aos Alienados no Distrito Federal previa no Hospício Nacional, um diretor com a competência de superintendente do serviço clínico e administrativo, quatro alienistas efetivos, um adjunto, um cirurgião-ginecologista, um pediatra, um médico do pavilhão de moléstias infecciosas, um oftalmologista, um diretor do laboratório anatomopatológico com um assistente, um chefe dos serviços kinesoterápicos, um dentista, quatro médicos internos efetivos, um farmacêutico, um administrador¹⁸⁸, um arquivista e quatro escriturários, um contínuo e um porteiro¹⁸⁹.

¹⁸⁴. Art. 16 do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁸⁵. Art. 17 do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁸⁶. Art. 18 do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁸⁷. Art. 19, parágrafo único do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁸⁸. Cf. Art. 20, parágrafo único do Decreto n. 1.132 de 1903. O almoxarife do Hospício passaria a exercer o cargo de administrador.

¹⁸⁹. Art. 20 do Decreto n. 1.132 de 1903.

Nas colônias de alienados a composição era de um diretor, que seria médico, um alienista efetivo e um adjunto, um farmacêutico, um almoxarife, dois escriturários. No pavilhão de admissão, onde funcionaria a seção clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina, haveria um alienista, diretor do mesmo pavilhão, cabendo o exercício deste cargo ao professor da cadeira de psiquiatria e moléstias nervosas¹⁹⁰.

Quanto ao provimento dos cargos mediante concurso público na estrutura da Assistência, o art. 21 do Decreto n. 1.132 apresentou os cargos de alienista - adjunto, de pediatra, de médico do pavilhão de moléstias infecciosas, de assistente do laboratório histo-químico e de interno, devendo ser preferido no provimento de todos esses cargos, com exceção dos dois últimos, o concorrente que tivesse exercido o cargo de assistente ou preparador das Faculdades de Medicina do país.

O descumprimento dessa lei seria punido com penas de prisão de até oito dias e de multa de 500\$ a 1.000\$, além das mais em que, pelas leis anteriores, incorra o infrator¹⁹¹. Ao diretor reincidente seria cassada a autorização para funcionar o estabelecimento¹⁹². Estavam revogadas as disposições em contrário¹⁹³.

Já o Decreto n. 5.125, de 1 de fevereiro de 1904, assinado por Rodrigues Alves e pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores, dava novo regulamento à Assistência aos Alienados¹⁹⁴. Enfatiza-se nessa legislação de 1904 o poder do Estado de sequestrar o louco, de aliená-lo dos seus direitos, em nome da defesa coletiva e da liberdade individual, desde que aliцерçado na psiquiatria:

O poder médico critica a repressão. Sequestra-se o louco não para puni-lo, castigá-lo, mas para garantir os seus direitos ao mesmo tempo que para prevenir a sua periculosidade: somente o Estado tem direito de exercer, apoiado

¹⁹⁰. Art. 20 do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁹¹. Art. 22 do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁹². Art. 22, parágrafo único do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁹³. Art. 23 do Decreto n. 1.132 de 1903.

¹⁹⁴. Tal texto normativo considerou o Decreto n. 1.132 de 1903, bem como a redação do disposto no art. 48, I da Constituição da República.

no saber e na prática psiquiátricas, o poder de sequestração. Por outro lado, sequestra-se o louco para submetê-lo a uma proveitosa experiência de disciplinarização fundada na ciência: somente a medicina psiquiátrica tem o direito de exercer, delegada pelo próprio Estado, tal poder de recuperação, fazendo retornar o indivíduo à condição de livre sujeito de direito¹⁹⁵.

A psiquiatria como instrumento neutro opõe-se à arbitrariedade possível daqueles que, ao se relacionarem com o louco, só veem o seu próprio interesse. É isto que é fundamental: tanto o poder de isolar quanto o de sequestrar são legitimados técnica e cientificamente pela psiquiatria. Por isso, a luta dos médicos não era para legalizar a repressão, mas de medicalizar a legislação¹⁹⁶.

No ano de 1905, surgem os “Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins” a partir de um grupo de alienistas cariocas com a presença de Juliano Moreira que também funda, em 1907, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal.

João Batista Lacerda, à época diretor do Museu Nacional do Rio de Janeiro, como representante de “um típico país miscigenado”, foi convidado a participar do I Congresso Internacional das Raças realizado em julho de 1911 com a apresentação da tese “Sur les métis au Brèsil” que tinha no branqueamento da população brasileira em um século sua perspectiva de solução e saída¹⁹⁷.

Nesse mesmo ano, foi assinado o Decreto n. 8.834 que tinha por finalidade reorganizar a Assistência a Alienados. Todavia, ele retomou algumas atribuições e competências já previstas nos dispositivos do decreto n.5.125 de 1904. Estabeleceu de modo inédito o Instituto de

¹⁹⁵. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 489.

¹⁹⁶. MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

¹⁹⁷. SCHWARCZ, Lília Mortiz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870 - 1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

Neuropatologia, destinado à admissão dos enfermos suspeitos de alienação mental¹⁹⁸, além da assistência hetero-familiar¹⁹⁹.

Em relação à estrutura do Instituto, existiam os pavilhões de admissão dos internos e os de doenças nervosas e de psicologia experimental²⁰⁰ destinados aos suspeitos de alienação mental recolhidos à Assistência²⁰¹. Uma vez confirmado o diagnóstico da alienação mental, o doente deveria ser encaminhado ao diretor geral da Assistência com guia do Instituto, mencionando o resultado das observações. Verificada a inexistência de alienação, seria posto em liberdade²⁰².

No pavilhão das doenças nervosas ficavam os alienados que também apresentassem lesão no aparelho nervoso²⁰³. As lições de clínica psiquiátrica e de doenças nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro eram ensinadas nos pavilhões de admissão e de doenças nervosas²⁰⁴.

A direção do Instituto de Neuropatologia cabia ao professor de psiquiatria e doenças nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro²⁰⁵. O serviço administrativo do Instituto continuaria a cargo do diretor e o econômico seria feito no Hospital Nacional até ulterior deliberação²⁰⁶. O diretor do Instituto teria um assistente responsável pelos serviços eletroterápicos²⁰⁷.

Em 1912, a psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma e, a partir desta data, até 1920, ocorre um aumento importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. No Brasil, portanto, a psiquiatria é posterior quarenta anos ao nascimento do hospício²⁰⁸.

¹⁹⁸. Art. 2º do Decreto n. 8.834 de 1911.

¹⁹⁹. Art. 2º, 1º do Decreto n. 8.834 de 1911.

²⁰⁰. Não houve detalhamento normativo sobre a competência do pavilhão de psicologia experimental.

²⁰¹. Art. 45 do Decreto n. 8.834 de 1911.

²⁰². Art. 45, 2º do Decreto n. 8.834 de 1911.

²⁰³. Art. 45, 3º do Decreto n. 8.834 de 1911.

²⁰⁴. Art. 45, 4º do Decreto n. 8.834 de 1911.

²⁰⁵. Art. 46 do Decreto n. 8.834 de 1911.

²⁰⁶. Art. 47 do Decreto n. 8.834 de 1911.

²⁰⁷. Art. 48 do Decreto n. 8.834 de 1911.

²⁰⁸. LUZ, Nadia. *Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental*. São Paulo: Editora UNIFRAN, 2006, p. 52.

Também em 1912, Arthur Neiva e Belisário Penna lideraram a expedição médico-científica ao nordeste brasileiro (Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás) com a finalidade de diagnosticar a situação epidemiológica da região para o desenvolvimento de medidas profiláticas²⁰⁹. A expedição mostrou que o Brasil estava “doente”. Em tom esperançoso, Renato Kehl na conferência realizada na Associação Cristã de Moços de São Paulo, em 13 de abril de 1917, publicada nos *Annaes de Eugenia*, afirmou que a doutrina eugênica aperfeiçoaria a natureza humana ao eliminar o fator degenerativo para a grandeza nacional²¹⁰:

Todas as propostas que constam nos *Annaes* dão conteúdo à ideia de eugenia na época e, apesar de suas diferenças entre si, tem em comum a aposta na intervenção direta no corpo dos indivíduos com a intenção de mudar o “corpo coletivo”, tendo em vista a formação da nacionalidade brasileira²¹¹.

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)²¹² foi fundada no Rio de Janeiro, em razão do Decreto n. 4.778 de 27 de dezembro de 1923, pelo psiquiatra Gustavo Ridel, com a ajuda de filantropos do seu círculo de relações. O objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos

²⁰⁹. Cumpre ressaltar que o Código Civil brasileiro foi estabelecido pela Lei n. 3.071, de 1 de janeiro de 1916 com as correções ordenadas pela Lei n. 3.725 de 15 de janeiro de 1919 e pelo Decreto-Lei n. 4.657 de 4 de setembro de 1942, havendo expressa previsão para a incapacidade absoluta para os atos da vida civil para os loucos de todo gênero no art. 5º, § 2º do Código Civil de 1916. Para maior entendimento do tema ver UCHÔA, Darcy de Mendonça. **Organização da Psiquiatria no Brasil**. São Paulo: SAVIER, 1981, p. 146 - 147. Não tratarei, profundamente, das questões nos âmbitos civil e penal nesta obra; ocupando-me, em face do objeto, das legislações que estruturaram as ações e serviços de assistência psiquiátrica no Brasil.

²¹⁰. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015.

²¹¹. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015, p. 100.

²¹². Foi fundada após reuniões nos dias 20, 23 e 25 de janeiro de 1923, sob o comando de Gustavo Riedel. As reuniões foram realizadas na residência do médico Juliano Moreira, diretor do Sanatório de Saúde Mental, e no salão de conferências da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Entre os que assinaram a ata constam: Juliano Moreira, Miguel Couto, presidente da Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, Henrique Roxo, Fernando Magalhães, professor de ginecologia e obstetrícia da Escola Médica do Rio de Janeiro, Conde Afonso Celso, Carlos Chagas, “descobridor” da doença de Chagas e diretor do Instituto Oswaldo Cruz e do Departamento Nacional de Saúde Pública, Manoel Bonfim, Roquette Pinto, diretor do Museu Nacional, Lemos Brito, J.P. Fontenelle, Moncorvo Filho, Carneiro Leão, Renato Kehl, Afrânio Peixoto, Pacheco e Silva, Ulisses Pernambucano, Ernani Lopes. Ver LUZ, Nadia. **Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental**. São Paulo: Editora UNIFRAN, 2006, p. 63; DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015, p.103 -104.

estabelecimentos psiquiátricos²¹³. A higiene racial e a vitalidade da nação brasileira eram os objetivos principais.

A LBHM era uma entidade civil, reconhecida de utilidade pública, que funcionava com uma subvenção federal, com a ajuda benévola de filantropos e, posteriormente, em 1925, com a renda dos anúncios publicados na sua revista, *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, surgida nesse mesmo ano²¹⁴:

A LBHM compunha-se de uma direção, presidente, vice-presidente, secretário-geral e de um conselho executivo formado por um número variável de membros. Os psiquiatras que faziam parte da LBHM eram todos responsáveis por outros serviços psiquiátricos e, *grosso modo*, constituíam a elite psiquiátrica do Rio, talvez do Brasil [...] De 1923 a 1925, a LBHM seguiu a orientação que Riedel lhe havia imprimido, ou seja, a de procurar aperfeiçoar a assistência aos doentes. A partir de 1926, no entanto, os psiquiatras começaram a elaborar projetos que ultrapassavam as aspirações iniciais da instituição e que visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos²¹⁵.

A LBHM surge como entidade que exerce forte influência nas discussões sobre o modelo de assistência a ser adotado, estando no cerne dessas propostas os problemas relativos à profilaxia, eugenia e questões ligadas à doença mental, enquanto problema moral, ou seja, o que foge às normas éticas socialmente prescritas. A assistência psiquiátrica era basicamente feita em hospitais fechados (hospícios), tais como o Hospital Nacional dos Alienados.

Esses hospitais encontravam-se superlotados, com pacientes crônicos, onde a cura pouco ocorria. Os hospitais fechados vinham sofrendo críticas pela sua comprovada ineficiência, que salientava não só os fatores já mencionados, bem como o ônus que esse tipo de assistência acarretava para o Estado²¹⁶.

²¹³. COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 39.

²¹⁴. Idem.

²¹⁵. Ibidem, p. 40.

²¹⁶. LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora

Dada as discussões no sentido de estabelecer distinção entre as prisões para delinquentes e o lugar reservado para o louco criminoso, criou-se o Decreto n. 15.831, de 25 de Maio de 1921, que aprovou o regulamento do Manicômio Judiciário²¹⁷, sendo este uma dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinado à internação dos condenados que, achando-se recolhidos às prisões federais, apresentarem sintomas de loucura; aos acusados que por razões de loucura devam ser submetidos à observação especial ou a tratamento e aos delinquentes isentos de responsabilidades por motivo de “afecção mental” (Código Penal, art.29) quando, a critério do juiz, assim exija a segurança pública²¹⁸.

Muitos psiquiatras defendiam a hipótese de que haveria uma relação entre delinquência e doença mental. A polêmica dava-se entre criminologistas de formação jurídica e psiquiatras, cada qual procurando negar ao outro a legitimidade de seu saber e a eficácia de sua intervenção frente ao fenômeno criminal²¹⁹.

Ainda no século XIX, os loucos mais agitados eram recolhidos às prisões e casas de correção, junto a delinquentes e criminosos comuns. Num momento posterior, pode-se dizer que foi em prisões, junto ao Poder Judiciário, que a psiquiatria ampliou seu campo de atuação. Por intermédio de reivindicações originadas no seio da própria medicina, em meados do século XIX, o projeto de criação de um hospital destinado, privativamente, ao tratamento de alienados foi assumido pelo Estado²²⁰.

A direção do Manicômio Judiciário era destinada, de acordo com o cargo criado pelo art. 11 da Lei n. 3.674, de 7 de Janeiro de 1919, aos

FIOCRUZ, 2006.

²¹⁷. Considerando que o art. 2º, n. 20 da Lei n. 2.442, de 5 de janeiro de 1921 trata sobre o Manicômio Judiciário, anexo à Assistência aos Alienados, no regulamento aprovado pelo Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911, com fulcro no art. 48, n. 1 da então Constituição Federal.

²¹⁸. Art. 1º, I a III do Decreto n. 14.831, de 25 de maio de 1921. Art.1º, parágrafo único: No primeiro caso, a internação se fará por ordem do ministro da Justiça, que a comunicará ao juiz e ao representante do Ministério Público, para que façam constar do respectivo processo; nos outros dois, por mandato judiciário.

²¹⁹. LOUGON, Maurício. op. cit., p. 70.

²²⁰. LOUGON, Maurício. op. cit.

médicos encarregados pelo serviços de alienados delinquentes²²¹. Cada interno deveria ter uma ficha e um prontuário psiquiátrico²²².

Caso o médico encarregado do serviço, depois de ouvido dois alienistas de sua escolha e após deliberarem, realizasse uma representação ao diretor geral da Assistência a Alienados, e este entendesse que o interno poderia, sem inconveniente, ser transferido para outro estabelecimento de assistência, por ter cessado a fase de agressão impulsiva e declarado definitivamente o estado demencial dos que apresentam probabilidade mínima de reações perigosas, deveria comunicar a autoridade que mandou interná-lo, para que autorizasse a transferência²²³.

Encerrado o delírio que deu motivo à internação, o encarregado do serviço, por intermédio do diretor geral da Assistência a Alienados, participaria à autoridade que ordenou a internação, para que decida sobre o destino do paciente²²⁴. Enquanto não fossem construídos novos pavilhões, o serviço econômico do Manicômio Judiciário seria provido pela Casa de Correção²²⁵. Eis o nascimento jurídico do Manicômio Judiciário na história da psiquiatria brasileira.

Já em 1927, o Governo Washigton Luís criou o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal passando a coordenar, administrativamente, todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro²²⁶. Ao longo da sua existência, o órgão federal destinado à assistência psiquiátrica pública teve outras denominações, a partir da edição de

²²¹. Art. 6º do Decreto n. 15.831 de 1921. Cf. O pessoal de enfermeiros e guardas do Manicômio Judiciário seria nomeado pelo diretor geral da Assistência a Alienados, por proposta do médico encarregado do mesmo manicômio (art. 7º do Decreto n. 15.831 de 1921) e os casos omissos no presente regulamento seriam regidos pelo Regulamento Interno do Hospital Nacional, ou seriam resolvidos pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores (art.8º do Decreto n. 15.831 de 1921).

²²². Art. 2º do Decreto n. 15.831 de 1921.

²²³. Art. 3º do Decreto n. 15.831 de 1921.

²²⁴. Art. 4º do Decreto n. 15.831 de 1921.

²²⁵. Art. 5º do Decreto n. 15.831 de 1921.

²²⁶. No mesmo ano, foi editado o Decreto n. 514-A, de 10 de janeiro de 1927, que reorganizava a Assistência aos Psicopatas no Distrito Federal.

outros decretos: como a criação da Assistência a Psicopatas, por meio do Decreto n. 17.805 de 23 de maio de 1927²²⁷.

A Assistência a Psicopatas desvinculava nominalmente o órgão do âmbito jurídico, predominando a instância médica expressa no conceito de psicopatia, de extração psiquiátrica. No entanto continuava como uma Divisão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores; apenas no período seguinte, em 1937, passaria ao Ministério da Educação e Saúde²²⁸.

Em 1928, a Liga Brasileira de Higiene Mental reformulou os primeiros estatutos de 1923 e deu um lugar importante à intervenção preventiva dos psiquiatras nos meios escolar, profissional e social. A etapa do preventivismo se afirmava através de duas linhas de ação: a higiene mental e a eugenia. Ao se justificar a superioridade ou inferioridade de indivíduos, etnias, classes sociais pelas diferenças naturais, institui-se a rejeição do diferente. A intolerância passa a ser a norma. E a desigualdade social, natural²²⁹.

Além de Gustavo Riedel, Ernani Lopes, presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental a partir de 1929, e Afrânio Peixoto, pioneiro em Medicina Legal, contribuíram ativamente para a radicalização da instituição a partir de 1925, quando se iniciou a publicação dos Archivos brasileiros de hygiene mental e os trabalhos da Liga passaram a ser divulgados nacionalmente pela imprensa²³⁰.

O movimento da higiene mental estava preocupado em preservar e estimular o desenvolvimento mental normal, pretendendo através de uma psicoeducação reduzir a exposição dos indivíduos a fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais graves e sociopatias, enquanto que a eugenia estendia tais presunções a uma melhoria da raça tanto física,

²²⁷. Aprovava o regulamento para execução dos serviços da Assistência aos Psicopatas no Distrito Federal.

²²⁸. LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 53.

²²⁹. BOARINI, Maria Lúcia. **Higienismo, eugenia e a naturalização do social**. In: BOARINI, Maria Lúcia (Org). **Higiene e raça como projeto: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2003, p. 41.

²³⁰. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015, p. 104.

quanto mental. Ambas as propostas tinham, evidentemente, um cunho controlador e ajustador de comportamento²³¹.

Em 1929, Renato Kehl lançou o Boletim de Eugenia propondo a cruzada eugênica no território brasileiro. Esse periódico estava filiado à Liga Brasileira de Higiene Mental e passou a circular entre médicos, políticos, advogados e professores como suplemento da revista médica *Medicamenta*, convocando a elite intelectual brasileira assumir a responsabilidade da administração pública com os preceitos eugênicos. Transcorridos seis meses de circulação do Boletim de Eugenia, realizou-se o 1º Congresso Brasileiro de Eugenia²³² que ocorreu entre os dias 1 a 7 de julho de 1929 a pedido de Miguel Couto, presidente da Academia Nacional de Medicina.

O Congresso reuniu mais de duzentos inscritos entre professores, médicos, biólogos, psiquiatras, jornalistas, escritores, deputados e representantes de instituições públicas de saúde ou não. Delegados vindos da Argentina, do Peru, do Chile e do Paraguai estavam presentes. Durante essa semana foram realizados outros quatro eventos da área simultaneamente. A 4ª Conferência Pan-americana de *Hygiene, Microbiologia e Pathologia*, o 2º Congresso Pan-americano de Tuberculose, o 10º Congresso Brasileiro de Medicina e o 1º Centenário da Academia Nacional de Medicina. Todos eles foram realizados no Rio de Janeiro, com sessões na Academia Nacional de Medicina e no Instituto dos Advogados²³³.

O Congresso Brasileiro de Eugenia estava dividido em três sessões: “Antropologia”, “Genética” e “Educação e Legislação”, essa última mais concorrida e polêmica, uma vez que só as atas de reunião desse grupo foram publicadas na íntegra, de acordo com as *Actas de Trabalho*. As

²³¹. STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma Psiquiátrica Brasileira. Perspectivas humanistas e existenciais**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007, p. 29.

²³². Cf. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015, p. 113: “O Congresso reuniu mais de duzentos inscritos entre professores, médicos, biólogos, psiquiatras, jornalistas, escritores, deputados e representantes de instituições públicas de saúde ou não. Delegados vindos da Argentina, do Peru, do Chile e do Paraguai estavam presentes. Durante essa semana foram realizados outros quatro eventos da área simultaneamente. A 4ª Conferência Pan-americana de Hygiene, Microbiologia e Pathologia, o 2º Congresso Pan-americano de Tuberculose, o 10º Congresso Brasileiro de Medicina e o 1º Centenário da Academia Nacional de Medicina. Todos eles foram realizados no Rio de Janeiro, com sessões na Academia Nacional de Medicina e no Instituto dos Advogados”.

²³³. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015, p. 113.

discussões sobre legislação eram mais valiosas do que as questões de genética e antropologia, o que sugere a disputa na formulação das leis entre médicos e advogados em favor da eugenia²³⁴.

O objetivo do Congresso era definir, consensualmente, as propostas de políticas públicas para o governo que se iniciaria, mesmo com a crise política que resultou na Revolução de 1930. Debateu-se sobre controle de casamentos por meio do exame pré-nupcial, educação eugênica, proteção à nacionalidade, imigração, doenças mentais e educação sexual dentre outros assuntos. A política de imigração restritiva, sobretudo, dos asiáticos, pautada em exames prévios de saúde foi um dos pontos consensuais no debate.

Edgar Roquette-Pinto, médico e diretor do Museu Nacional, participou da Missão Rondon pelo noroeste do Mato Grosso e foi o pioneiro da radiofonia no país. Foi diretor do Instituto Nacional do Cinema Educativo. De orientação mendeliana, Roquette-Pinto estava alinhado, assim como Gilberto Freyre com o culturalismo do antropólogo norte-americano Franz Boas, desde 1926, quando esteve em contato com esse pesquisador em Nova York²³⁵.

Roquette-Pinto era favorável à miscigenação, acreditando ser normal e saudável a mistura entre raças, uma vez que era adepto da eugenia positiva, profilática e não radical; ele pensava que a solução para o problema nacional era a higiene e não a raça. De fato, era inevitável, em razão do aspecto étnico-cultural brasileiro formado por índios, negros e imigrantes, que a solução encaminhasse políticas públicas de higienização da sociedade²³⁶. Aqui, fica evidente a medicalização da sociedade, em virtude do papel do médico de conduzir os rumos da “vitalidade” nacional. As discussões entre higienistas e eugenistas se intensificaram, de forma que essas disciplinas alcançaram estatutos autônomos em relação à medicina.

²³⁴. Idem.

²³⁵. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015.

²³⁶. Idem.

A Faculdade de Medicina de São Paulo, fundada em 1913, contratou professores estrangeiros como Alfonso Bovero, anatomista italiano, Lambert Mayer, fisiologista francês; e Samuel Darling e Wilson George Smile, higienistas norte-americanos. Como disciplina, a cadeira Higiene foi instituída em 1918 e 1924, transformou-se no Instituto de Higiene, através de um convênio com a Fundação Rockefeller, tornando-se independente da Faculdade de Medicina. Toda a orientação educacional do Instituto teve influência norte-americana, diferentemente, da orientação europeia dos serviços legislativos, burocráticos e médicos até então²³⁷.

Em 1930, após o início do governo provisório por meio do qual Getúlio Vargas chegou ao poder, Renato Kehl organizou e presidiu a Comissão Central Brasileira de Eugenia a partir do modelo alemão da Comissão da Sociedade Alemã de Higiene Racial, interlocutora do médico brasileiro.

Eunice Penna, esposa de Renato Kehl, ocupava o posto de secretária-geral e seu sogro, Belisário Penna, nomeado interinamente ministro da Educação e da Saúde Pública, era membro efetivo da Comissão. Em 1931, Renato Kehl publicou nos Archivos Brasileiros de Hygiene Mental um artigo intitulado A campanha da eugenia no Brasil em que definia as condições e atribuições da Comissão²³⁸.

Nesse mesmo ano, em razão da tendência centralizadora da Revolução de 30, houve a incorporação da Liga Brasileira de Higiene Mental ao Ministério da Educação e Saúde²³⁹. Em 1930, a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal passaria a integrar o Ministério da Educação e Saúde Pública criado pelo governo provisório de Getúlio Vargas-1882-1954²⁴⁰.

Oliveira Vianna, sociólogo, advogado e consultor jurídico do Governo Vargas realizou através da Comissão Central Brasileira de Eugenia, juntamente com Renato Kehl, Miguel Couto e Roquette-Pinto, as diretrizes da

²³⁷. Idem.

²³⁸. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015, p. 116.

²³⁹. COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

²⁴⁰. VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Dez/2011, p. 43.

política imigratória brasileira por convocatória do recém-fundado Ministério do Trabalho, em 1932:

Juliano Moreira defendia a imigração restritiva no Brasil, inspirado pela implantação dessa lei nos Estados Unidos, no ano anterior. Nesse período, houve o declínio da imigração europeia e o incremento da imigração asiática ao Brasil, atingindo uma média de 50 mil habitantes asiáticos no ano de 1929. Esse declínio da imigração europeia passou a preocupar os eugenistas, pois o incentivo a esse tipo de imigração após a abolição da escravidão, em 1888, significou o investimento no projeto de branqueamento racial do povo brasileiro. Mais de 1,5 milhão de imigrantes brancos entraram no país entre 1890 e 1920²⁴¹.

De acordo com Renato Kehl, no livro *Lições de eugenia*, o trabalho da Comissão de Imigração era preparar um anteprojeto de regulamentação da imigração para o Código de Imigração²⁴². Com a entrada dos europeus vieram as ideias anarquistas. A elite brasileira, patriota e disciplinar apostou nesse projeto de raça e de incremento econômico às lavouras de café. Mais de setecentos mil negros escravos foram alforriados e deixados de lado, sem nenhum tipo de reconhecimento pelos anos de trabalhos forçados. Esses imigrantes já conheciam o comunismo, as revoltas e o poder de reivindicações das massas, o que fica evidenciado, por exemplo, na greve em São Paulo de 1917²⁴³.

Preservar o futuro racial do Brasil, sua unidade nacional e sua homogeneização foram algumas das principais preocupações dos eugenistas ao longo de toda a década de 1920, intensificadas no início do período Vargas:

A Assembléia Constituinte (1933-1934) recebeu os resultados dos trabalhos da Comissão de Imigração, liderada por Oliveira Vianna e formada dois anos antes. Mais política do que racial, a Lei de Restrição à Imigração afetou a entrada no Brasil de asiáticos e judeus, denominados pelos eugenistas como não assimiláveis socialmente. Essa postura negativa estava de mãos dadas com a

²⁴¹. DIWAN, Pietra., op. cit., p. 117.

²⁴². DIWAN, Pietra., op. cit., p.119.

²⁴³. DIWAN, Pietra. op. cit.

ideologia nazifascista e com as políticas imigratórias norte-americanas. Legalizada em 1934, foi retirada da Constituição após o golpe do Estado Novo, em 1937, embora o comprometimento com a eugenia ainda fosse uma política de Estado, que só recuaria após a adesão do Brasil ao bloco dos Aliados na Segunda Guerra Mundial, em agosto de 1942²⁴⁴.

O Decreto n. 24.559, de 3 julho de 1934, assinado por Getúlio Vargas promulgou a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais:

De 1928 a 1934, acentua-se este distanciamento da teoria e da prática psiquiátricas correntes. Os psiquiatras definem-se cada vez mais como higienistas. Paralelamente, a higiene mental, que era inicialmente uma aplicação dos conhecimentos psiquiátricos, aparece como a teoria geral que contém e orienta a prática psiquiátrica. Esta transformação, no entanto, nada tinha de fortuita. A LBHM justificava sua nova prática apoiando-se na noção de eugenia. Para os psiquiatras, a mudança imposta aos programas de higiene mental era uma decorrência natural dos progressos teóricos da eugenia. Era esta noção, portanto, que caucionava, *cientificamente*, a invasão do campo social pela higiene mental²⁴⁵.

Esse movimento intelectual alcançou profunda repercussão sobre a intelectualidade brasileira das três primeiras décadas do século XX, que começou, então a preocupar-se com a constituição étnica do povo brasileiro. A atração dos intelectuais brasileiros pelas ideias eugênicas não era gratuita, chegavam num momento oportuno:

A intelectualidade brasileira enfrentava, na época, graves problemas ideológicos que a eugenia ajudou a solucionar. O regime republicano atravessava, nas duas primeiras décadas do século XX, um período de convulsões. A Abolição da Escravatura, e imigração europeia; a migração dos camponeses e antigos escravos para as cidades; enfim, os efeitos econômicos da industrialização

²⁴⁴. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015, p. 119 - 120.

²⁴⁵. COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 41.

nascente agravavam as tensões sociais e colocavam em questão o próprio regime, cuja legitimidade a elite dirigente procurava justificar por todos os meios²⁴⁶.

Em suma, a hierarquia biológica das raças sucedia no regime republicano a hierarquia de sangue da nobreza, a fim de perpetuar as desigualdades sociais:

Os trabalhos de grandes intelectuais brasileiros como Oliveira Viana e Euclides da Cunha, ou o pioneiro da Antropologia no Brasil, Nina Rodrigues, oferecem um infeliz testemunho da importância destas ideias. Estes autores, não obstante o inegável valor de suas obras, manifestam, por vezes, um desprezo e uma hostilidade para com o brasileiro de cor, cujas raízes nascem nos preconceitos do grupo social a que pertenciam²⁴⁷.

Empenhado no projeto do vitalismo nacional, a Liga Brasileira de Higiene Mental buscou corrigir vícios humanos por meio da profilaxia na sociedade, a fim de realizar o saneamento moral do país. É esta ideologia moralizante que permite compreender o caráter incoerente e despropositual de certas afirmações feitas pelos psiquiatras sobre a doença mental e o desenvolvimento psíquico²⁴⁸.

Getúlio Vargas, em 1933, também realizou uma primeira reforma no modelo de proteção social no Brasil. As Caixas de Aposentadoria e Pensões, criadas em 1923 sob inspiração alemã, por meio da Lei Elói Chaves, se destinavam, inicialmente, aos trabalhadores das empresas ferroviárias. Posteriormente, foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensões, reunindo todas as caixas de uma mesma categoria profissional em um só instituto.

O início da proteção social brasileira foi marcado, de fato, pela relação entre previdência social e saúde, inclusive no âmbito da assistência

²⁴⁶. Ibidem, p. 43 - 44.

²⁴⁷. COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 45 - 46.

²⁴⁸. Ibidem, p. 92.

psiquiátrica. O ideal de assistência médica era fortemente “hospitalocêntrico” e viveu seu auge nos anos 70²⁴⁹.

Da data de promulgação do Decreto n. 24.559 de 1934 até os primeiros protestos contra situação da assistência aos loucos no Rio, escoou-se aproximadamente um século²⁵⁰. Resta evidente, que o hospício cumpria sua função social de legitimar a exclusão de indivíduos ou setores sociais não enquadráveis e indisciplinados.

Em síntese, há uma íntima relação entre o hospício e as demandas e necessidades oriundas dos processos econômicos, políticos sociais da cidade e da sociedade, na qual estão inseridos²⁵¹. Assim, o saber psiquiátrico e sua construção epistemológica se encontrariam vinculados à prática das instituições, à reflexão jurídica, às propostas econômicas e políticas de organização e regulação social.

Em virtude da trajetória histórica da psiquiatria brasileira e do tratamento degradante conferido às pessoas em sofrimento psíquico, faz-se necessário um exercício de reflexão constante em relação aos cuidados em saúde mental, bem como a preservação dos direitos individuais e sociais.

Nesse caminho, deve-se reconhecer a necessidade de programas de aprimoramento técnico no âmbito da assistência psicossocial através de políticas públicas alinhadas ao desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde mental.

É importante, nessa construção, ter responsabilidade ética sobre a utilização do conhecimento científico; tendo, como diretriz norteadora, a concepção da dignidade da pessoa humana, e concomitantemente a essa análise, possibilitar um arcabouço instrumental de práticas terapêuticas a serviço da reabilitação psicológica e social da pessoa em sofrimento psíquico.

²⁴⁹. MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FONSECA, Angélica Ferreira; BORGES, Camila Furlanetti. **O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil**. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

²⁵⁰. COSTA, Jurandir Freire, op. cit.

²⁵¹. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 26.

De fato, subjugar indivíduos, sob o argumento científico, colocando-os em situações degradantes é conduta ilícita que atenta contra o ordenamento pátrio, além de revelar uma prática antiética e descabida da aplicação do conhecimento científico. É preciso, para a reabilitação psicológica, sensibilidade clínica.

Sendo assim, a constituição de uma nova epistemologia da saúde mental brasileira, inevitavelmente, deve averiguar os grupos de interesse que se beneficiaram e se beneficiam com o modelo de asilo manicomial público e privado. As principais críticas ao modelo tradicional psiquiátrico residiam na internação como terapêutica principal, bem como a estrutura hierárquica pautada na representação do médico e a predominância do tratamento, majoritariamente, realizado por uso de psicofármacos.

Capítulo 3

A construção do direito à saúde e a reforma psiquiátrica brasileira

3.1 A segunda lei federal de assistência médico-legal e a psiquiatria preventiva no cenário brasileiro

O Decreto n. 24.559 de 1934, assinado pelo Presidente da República, Getúlio Vargas, dispunha sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas com a finalidade de proporcionar tratamento e proteção legal, bem como conceder amparo médico e social aos psicopatas¹. Ademais, ficava evidente no corpus legis o caráter preventivo das políticas higiênicas à época, ao se propor a dar amparo também aos “predispostos” às doenças mentais, com previsão inclusive da realização de higiene psíquica.

Consolida-se na Era Vargas o aparato manicomial do Estado como proposta reformista, excluindo-se, socialmente, as pessoas em sofrimento psíquico do convívio na comunidade política. Acentuou-se ainda mais essa íntima relação entre os hospícios e a exclusão social praticada pelo Estado, decorrentes dos processos econômicos e culturais no espaço da *polis*.

No âmbito do amparo social, havia o Conselho de Proteção aos Psicopatas que era composto, conforme o art. 2º do decreto n. 24.559, por um dos juízes de órgãos, pelo Juiz de Menores, pelo Chefe-Geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, e pelos professores catedráticos das clínicas Psiquiátrica, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública e Higiene da Universidade do Rio de Janeiro, por um representante do Instituto

¹. Art. 1º do Decreto n. 24.559 de 1934.

da Ordem dos Advogados (IAB), por este escolhido, por um representante da Assistência Judiciária, por ela indicado e cinco representantes de instituições privadas de assistência social, dos quais um seria o presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e os demais designados pelo Ministro da Educação e Saúde Pública.

O presidente nato do Conselho era o Ministro da Educação e Saúde Pública, cabendo à vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas². Como se observa a partir dos dispositivos normativos, os rumos da educação nacional se encontravam articulados às propostas de tratamento psiquiátrico de cunho higienista.

Por definição normativa³, o Conselho de Proteção aos Psicopatas tinha por atribuição estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como aconselhar as medidas que deveriam ser tomadas pelo governo para o benefício dos psicopatas, coordenando iniciativas e esforços nesse sentido.

Além disso, o Conselho de Proteção aos Psicopatas auxiliaria os órgãos de propaganda de higiene mental, cooperando com instituições públicas e privadas com fins humanitários, especialmente, as instituições de luta contra os males sociais. Na prática, tal instituição destinada ao amparo social e estudos sociológicos, legitimou a exclusão social em nome da “construção de uma identidade nacional”.

Na conceituação de profilaxia mental transparece, claramente, a persistência da então já antiga teoria da degenerescência de Magnan (1870), orientando a causalidade da doença. Dessa forma, os cuidados profiláticos visavam, centralmente, evitar a degeneração, vista como causa geral da doença mental. Esses cuidados se resumiam, afinal, na tentativa de bloquear, por quaisquer meios - aí incluindo a esterilização compulsória de indivíduos suspeitos -, a transmissão hereditária da loucura⁴.

². Art. 2º, § 1º do Decreto n. 24.559 de 1934.

³. Art. 2º, § 2º do Decreto n. 24.559 de 1934.

⁴. LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

A relação entre Direito e Psiquiatria na regulação das políticas de Assistência Psiquiátrica, ficava cada vez mais notória com a subordinação da proteção jurídica e das diretrizes de caráter preventivo aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social, como mandamento normativo⁵.

Assim, as medidas judiciais encontravam suas razões de justificativas no aparato médico-psiquiátrico. Os psicopatas deveriam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou de assistência heterofamiliar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que nesses lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados⁶.

A assistência heterofamiliar propiciava, além de certa reinserção do paciente, uma perspectiva de redução de custos da assistência, já que pequena parcela dos internados no hospício era instalada em casas de famílias de pessoal da própria instituição⁷.

O uso das expressões “psicopatas”, “doente com distúrbios mentais” e “anormal” no corpus legis demonstra o paradoxo do discurso humanitário de proteção e terapêutica. Revela, antes, uma perspectiva excludente e de estigma social, sobretudo ao se referir aos menores, civilmente, como “menores anormais” que deveriam ser recebidos somente em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimentos desse gênero⁸.

Não era considerado adequado para o cuidado e tratamento, manter as pessoas em sofrimento mental em hospitais de clínica geral⁹ a não ser nas seções especiais previstas no art. 4º, parágrafo único¹⁰ do decreto

⁵. Art. 3º do Decreto n. 24.559 de 1934.

⁶. Art. 3º, §1º do Decreto n. 24.559 de 1934.

⁷. SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 45.

⁸. Art. 3º, §2º do Decreto n. 24.559 de 1934.

⁹. Art. 3º, §3º do Decreto n. 24.559 de 1934. Já o art. 3º, § 4º do Decreto n. 24.559 de 1934, por sua vez, tratava da proibição de “conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando, porém, o disposto no art. 10”.

¹⁰. Cf. Art. 4º do Decreto n. 24. 559 de 1934. 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

supracitado. Poderiam, também, ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas¹¹.

Os casos de usuários de drogas e alcoolismo eram tratados em estabelecimentos psiquiátricos como medida terapêutica e de cuidado. Assim, a relação entre drogas, bebidas alcoólicas e a doença mental tinha na política de governo um suporte segregador com o diagnóstico da loucura.

Os profissionais habilitados para dirigirem os estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares deveriam possuir título de professor de Clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas.

Além disso, quem tivesse exercido, no mínimo durante dois anos, efetivamente, o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico público ou particular, poderia ocupar o lugar de diretor¹².

Os interessados em fundar um estabelecimento psiquiátrico privado deveriam requerer junto ao Ministro da Educação e Saúde Pública a necessária autorização¹³. Os estabelecimentos psiquiátricos públicos eram

profissionais devidamente habilitados, dispor 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 acordo também com as suas reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre. c) dispor dos recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos.

¹¹. Art. 3º, 5º do Decreto n. 24.559 de 1934.

¹². Art. 5º do Decreto n. 24.559 de 1934.

¹³. Cf. Art. 6º do Decreto n. 24.559 de 1934. 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 misto, 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 Inspectora, recolherá o requerente aos cofres públicos a taxa anual de fiscalização estipulada pelo governo, de acordo 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 Inspectora, 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 Inspectora o respectivo exame, quando entender conveniente.

divididos quanto ao regime de internação em aberto, fechado e misto¹⁴. Cada tipo de diagnóstico psiquiátrico, por ocasião da admissão do indivíduo, correspondia a uma modalidade de regime de internação¹⁵.

Em relação à política de readaptação ao convívio social¹⁶, a legislação estabelecia a possibilidade dos hospitais psiquiátricos públicos manterem nas proximidades da sua localização, um serviço de assistência heterofamiliar aos psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime de família.

De modo crítico, Paulo Amarante demonstra que a assistência heterofamiliar foi uma ilusão da liberdade, pois, paradoxalmente, ao mesmo tempo que objetivava compromissar a sociedade em uma assistência menos coercitiva para internalizar-lhe os ensinamentos normativos da psiquiatria, existiu, na verdade, como um recurso do próprio asilo. Atraiu famílias para o espaço de reclusão, no lugar de manter os doentes no ambiente de origem¹⁷.

Em contrapartida, o caráter arbitrário da revogação da assistência heterofamiliar, poderia ser justificado, por qualquer motivo, desde que fosse inconveniente a conservação da pessoa sofrimento psíquico em domicílio, devendo o mesmo ser removido para estabelecimento psiquiátrico¹⁸. O

¹⁴. Art. 7º do Decreto n. 24.559 de 1934.

¹⁵. Cf. Art. 7º, §1º do Decreto n. 24.559 de 1934. O estabelecimento aberto, ou a parte aberta do estabelecimento misto, destinar-se à receber: a) os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais referidos no § 5º do art. 3º que necessitarem e requererem hospitalização. b) os psicopatas, os toxicômanos 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 ameacem 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. Cf. Art. 7º, 2º do Decreto n. 24.559 de 1934. O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento misto, acolherá: a) os toxicômanos 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 toxicômanos 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. Cf. Art. 7º, § 3º do Decreto n. 24.559 de 1934: Nos casos de simples suspeita de afecção mental, serão devidamente observados em seções próprias, antes da internação definitiva.

¹⁶. Art. 8º do Decreto n. 24.559 de 1934.

¹⁷. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)**. 129f. Dissertação. (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 1982, p. 101.

¹⁸. Art. 9º do Decreto n. 24.559 de 1934.

“psicopata” ou “indivíduo suspeito” de atentar contra a própria vida ou a de outrem, ou caso perturbasse a ordem e ofendesse a moral pública, deveria ser recolhido para um estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento, segundo o disposto no art. 10 do decreto n. 24.559.

Entre os responsáveis pela internação de “psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais” em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares estavam os juízes, as autoridades policiais, cônjuge, pai, filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, o curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, o chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, desde que declarasse a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação¹⁹.

Havia ainda a possibilidade de internação involuntária²⁰, bem como a internação por solicitação de terceiros²¹. No caso de internação em Manicômio Judiciário, somente por ordem de juiz²². Via de regra, o atestado médico era o documento exigido para toda internação, dispensado somente quando se tratasse de ordem judicial ou certificado de idoneidade do internado²³.

A perspectiva de periculosidade social da pessoa em sofrimento psíquico, conjugada à disciplina médico-legal sob a justificativa de perturbação da ordem pública, do perigo para si ou outrem, possibilitou o controle dos indivíduos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos²⁴.

¹⁹. Art. 11 do Decreto n. 24.559 de 1934.

²⁰. Art. 11, § 1º do Decreto n. 24.559 de 1934.

²¹. Art. 11, § 2º do Decreto n. 24.559 de 1934.

²². Art. 11, § 3º do Decreto n. 24.559 de 1934.

²³. Art. 12 do Decreto n. 24.559 de 1934.

²⁴. Cf. Art. 21 do Decreto n. 24.559 de 1934. 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. Cf. Art. 21, 4 §º do Decreto n. 24.559 de 1934. Quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si próprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação.

Nos anos 1940, a política assistencial psiquiátrica de caráter preventivo teve início a partir da criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão pertencente ao Ministério da Educação e Saúde, em razão do Decreto-Lei n. 3.171 de 24 de Abril de 1941. Tal política preventivista também marcou a década de 1970, que buscou implementar uma prática psiquiátrica de caráter científico, com o surgimento da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em razão do Decreto n. 66.623 de 22 de maio.

É na primeira metade do século XX que algumas terapias físicas são desenvolvidas na Europa, por exemplo, o coma insulínico, eletroconvulso-terapia, entre outras e nos anos 1940, surgiu ainda a lobotomia²⁵. Assim, o aparecimento dessas novas técnicas, além do choque cardiazólico, tornaram ainda mais poderosas a vertente fisicalista da psiquiatria, juntamente com os primeiros neurolépticos na década de 50, fortalecendo ainda mais a perspectiva biodeterminista²⁶. Nos anos 40, a denominação Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) trouxe uma categoria mais abrangente e compatível com princípios de classificação da nosologia psiquiátrica da época, que distinguia alienados de psicopatas, como condições específicas e particulares do fenômeno mais geral da doença mental²⁷.

De acordo com o médico psiquiatra Cunha Lopes os aspectos da higiene mental brasileira deveria compreender a profilaxia, o movimento social e político pró-higiene mental em face da psicopatologia e o aperfeiçoamento da raça, sob a seguinte diretriz:

O melhoramento da raça ou aperfeiçoamento etnogênico resulta do estímulo à reprodução de estirpes sadias e da restrição à fertilidade de estirpes com características hereditárias nocivas e inferior capacidade. Tal assunto constitui o objeto da eugenia, quer tratando de aumentar a descendência de casais

²⁵. SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 43.

²⁶. DE CARVALHO, Emilio Nolasco. **A Reforma, as formas e outras formas: um estudo sobre as construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental**. 197f. Dissertação (Dissertação Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2001, p. 35.

²⁷. LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, p. 53.

geno e fenotipicamente sadios e promover casamentos favoráveis sob esse mesmo ponto de vista, quer procurando limitar o quanto possível a descendência de anormais e restringir a multiplicação de indivíduos hereditariamente inferiores. As medidas que decorrem da eugenia positiva estão na dependência do esforço das elites e na educação e cultura das massas populares [...] As medidas decorrentes da eugenia negativa podem ser distribuídas por três grupos principais: (1) interdição de casamento entre raças muito diferentes, (2) certificado médico pré-nupcial e (3) esterilização eugênica²⁸.

Portanto, não restam dúvidas sobre o reconhecimento institucional das políticas eugênicas apoiadas no saber médico psiquiátrico, no início do século XX, concomitantemente à consolidação de diversas instâncias jurídico-administrativas, de natureza sanitária²⁹.

De fato, com a promulgação da Carta Política de 1934, em 16 de julho, notou-se no art. 10, inciso II a previsão constitucional da competência concorrente da União e dos Estados para o cuidado na área da saúde e da assistência pública. Assim, de modo inaugural na história do constitucionalismo brasileiro, sobretudo com a garantia da assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, buscando melhorar as condições de proteção na legislação trabalhista, o direito à saúde encontrou-se com previsão expressa, mas limitado à classe trabalhadora.

Além disso, no art. 138, “f” e “g” da Constituição de 1934 havia a previsão da competência da União, dos Estados e dos Municípios adotar, além de outras, medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade infantil e de higiene social, considerando o cuidado da higiene mental, inclusive. Sob esse aspecto, a previsão constitucional da família tinha, em regra, a instituição do casamento como indissolúvel, sob a proteção do Estado³⁰ e cabendo aos nubentes a prova de sanidade física e

²⁸. LOPES, Cunha. **Aspectos da Higiene Mental no Brasil**. In: Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Rio de Janeiro: Jan/Abr, 1940, p. 18.

²⁹. Para melhor compreensão do tema ver AGUIAR, Marcela Peralva. **Aprimorando a “raça brasileira”: uma análise dos discursos da psiquiatria no início do século XX no Brasil**. 167f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2009.

³⁰. Art. 144, caput, da Constituição de 1934.

mental para sua consolidação³¹. Oficialmente, reconhecida pela Constituição de 1934, a política brasileira de eugenismo previa o estímulo da educação eugênica, de modo que para alcançar esse fim estava previsto a competência da União, Estados e Municípios³².

Observa-se, no sentido das práticas eugênicas, a edição do Decreto – Lei n. 7.055, de 18 de novembro de 1944, que criou o Centro Psiquiátrico Nacional (CPN) e extinguiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, transferindo as funções para a Seção de Cooperação do Serviço Nacional de Doenças Mentais³³. Além disso, estabeleceu a composição do Centro Psiquiátrico Nacional³⁴, bem como suas competências e atribuições³⁵.

A cada mudança de nome correspondia uma reorganização do órgão, com base em um novo estatuto publicado em decreto. Contudo, a análise do texto desses decretos não revelava mudanças substanciais na abordagem da doença mental e seu tratamento, ou na política de saúde mental adotada. Correspondiam apenas a mudanças de caráter administrativo, não se configurando assim como marco significativo o bastante para dividir em períodos a existência do órgão³⁶.

Em que pese as discussões polêmicas no âmbito da assistência psiquiátrica aos trabalhadores e à grande expansão dos hospitais psiquiátricos privados com recursos públicos, a perspectiva eugenista ainda encontrava-se presente alinhada, sobretudo, ao projeto educacional infantil com a proposta de superar a fase profilática, através da instituição de um novo profissional: o educador sanitário³⁷.

Nesse sentido, o tema da educação infantil foi discutido em diversos eventos, a exemplo do I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (1922),

³¹. Art. 145 da Constituição de 1934.

³². Art. 138, “b”, da Constituição de 1934.

³³. Art. 4º do Decreto- Lei n. 7.055 de 1944.

³⁴. Art. 2º do Decreto- Lei n. 7.055 de 1944.

³⁵. Art. 2º, § 1º, I a IV, do Decreto- Lei n. 7.055 de 1944.

³⁶. LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

³⁷. YAHN, Mario. **Higiene Mental e Saúde Pública**. São Paulo: Gráfica e Editora, 1955, p. 227 - 241.

o II Congresso Brasileiro de Higiene (1926), o IX Congresso Médico Brasileiro de Medicina Social (1926), o I Congresso Brasileiro de Eugenia, realizado na Academia Nacional de Medicina (1929) e o I Congresso Nacional de Saúde Escolar (1941)³⁸.

Cumprir observar que no cenário internacional, em 1955, foi fundada a Liga Portuguesa de Higiene Mental (LPHM) por um grupo de médicos psiquiatras tendo como princípios, dentre outros, as ideias de que a saúde mental era um problema insólido, o direito à saúde era uma das aquisições fundamentais do homem moderno, a higiene mental era o problema primeiro da Saúde Pública, o progresso da saúde mental era um índice expressivo de evolução de um país, a chave da prevenção das doenças e da promoção da saúde estava na primazia do cuidado infantil e o fulcro da higiene mental está, pois, na melhor formação e condução da personalidade³⁹. Portanto, a crença no progresso social através do avanço científico no campo da saúde mental também marcou a trajetória portuguesa, sobretudo, na segunda metade do século XX.

Com a outorga da Constituição Polaca em 1937 ratificou-se a conservação dos ideais eugenistas, como se verifica, na previsão de competência privativa da União para fixar as bases e determinar os quadros da educação nacional, devendo obedecer a formação física, intelectual e moral da infância e juventude⁴⁰. Além disso, cabia a União privativamente legislar sobre normas fundamentais de defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança⁴¹.

³⁸. RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal **A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação**. In: BOARINI, Maria Lúcia (Org). **Higiene e raça como projeto: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2003, p. 75 - 76.

³⁹. FERNANDES, Barahona; DOS SANTOS, Alambre; NEVES, Baeta; FURTADO, Diogo; CORTESÃO, Eduardo; AMORIM, Estella; ILHARCO, Fernando; SALES, Gabriela; DOS SANTOS, João; GUERRA, Miller; SOEIRO, Navarro; DA COSTA, Nunes; SILVA, Pompeu; DINIZ, Seabra; FONTES, Vitor. **Problemas de Saúde Mental**. In: FERNANDES, Barahona (Org.) **Problemas de Saúde Mental**. A Saúde e a Doença Mental. Higiene Mental Infantil na Escola e na Universidade. Factores endógenos. Profilaxia da Sífilis e Alcoolismo. Serviço Social. Enfermagem. Lisboa: Editora da Liga Portuguesa de Higiene Mental, 1960.

⁴⁰. Art. 15, inciso IX, da Constituição de 1937.

⁴¹. Art. 16, XXVII, da Constituição de 1937.

No âmbito de proteção do trabalhador, o constituinte, independentemente de autorização, delegou aos Estados o poder para legislar, para suprimir a lacuna de lei federal sobre a matéria, de modo a atender as peculiaridades locais, desde que considerem as exigências da lei federal, ou, inexistindo lei federal até que esta regule assuntos como assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais⁴². Ainda em relação à saúde do trabalhador, o art.137 da Constituição de 1937 assegurou assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, substituindo a assistência sanitária, pela expressa menção da assistência eugênica.

Em razão dessa tendência de ações eugênicas do Estado na configuração social e política da experiência brasileira, e, uma vez, demonstrada a burocracia do aparato estatal na administração dos hospitais psiquiátricos, nota-se que o Decreto-Lei n. 8.550, de 3 de janeiro de 1946 promoveu uma expansão dos hospitais públicos durante a administração de Adauto Botelho (1941-1954), pois autorizava o convênio com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos⁴³:

A nova legislação permitiu um surto de construção de hospitais em vários estados, como Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo e Alagoas, que criaram seus nosocomios com características de hospitais-colônias. Muitos deles eram extremamente precários ou distantes dos centros urbanos. Tal política refletia a postura hegemônica iniciada por Juliano Moreira⁴⁴.

A psiquiatria brasileira nesse período buscava se estabelecer na condição de especialidade médica, legitimando o hospital psiquiátrico como o *locus* terapêutico. Assim, o próprio Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as expressões “hospício”, “asilo”, “retiro” ou “recolhimento”, reconhecendo a categoria “hospital”⁴⁵:

⁴². Art. 18, “c”, da Constituição de 1937.

⁴³. PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Mai/Ago, 2004.

⁴⁴. Ibidem, p. 243-244.

⁴⁵. Idem.

Ao deixar a diretoria da SNDM em 1954, Aduino Botelho havia promovido, na sua gestão de 13 anos, um aumento de mais 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil. Porém a criação de novos hospitais não amenizava a situação caótica vigente; ao contrário, na década de 1950 os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. Só o Hospital do Juqueri chegava a abrigar cerca de 13 mil doentes. A função social do hospital psiquiátrico era basicamente de exclusão⁴⁶.

A modernização da sociedade, durante o governo Juscelino Kubitschek com o advento da industrialização, urbanização, colocou um novo ator institucional em cena: o hospital psiquiátrico privado⁴⁷. Além do setor médico de otorrinolaringologia, especialidade do Francisco Eiras, a Casa de Saúde tinha uma área de cirurgia e outra destinada aos doentes mentais. Iniciou com 40 leitos, com diárias diferenciadas, incluindo entre outros favores, para os mais abonados, direito a um copo de vinho durante as refeições. Outras casas de saúde psiquiátricas particulares nasceram, todas com a mesma função social dos asilos: isolar o doente mental da comunidade, em razão da sua periculosidade social⁴⁸:

Se na década de 1930 chegou a haver um fugaz convênio entre o Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Servidores do Estado e a Casa de Saúde Dr. Eiras, foi na década de 1950 que se incorporou a assistência psiquiátrica, mesmo que de forma incipiente, aos institutos de aposentadoria e pensões⁴⁹.

À época, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes concedeu empréstimo à Casa de Saúde Dr. Eiras, a fim de que fosse construído um pavilhão para os previdenciários. Apenas os comerciantes e, mais tarde, os bancários tinham direito a internações em sanatórios particulares no Rio de Janeiro⁵⁰. Conforme a Carta Constitucional de 1946, no art. 5º, XV, cabia ainda à União legislar sobre normas gerais de defesa e

⁴⁶. Ibidem, p. 244.

⁴⁷. Idem.

⁴⁸. Idem.

⁴⁹. PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Mai/Ago, 2004, p. 245.

⁵⁰. Idem.

proteção da saúde, além de outras áreas. No campo da legislação do trabalho deveria ser observado o preceito, além de outros buscando a melhoria da condição dos trabalhadores, da assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante⁵¹.

Com o advento da ditadura militar, a partir de 1964, iniciou-se um perfil de assistência psiquiátrica e investimento na estratégia de ampliação da cobertura previdenciária para os setores sociais, que antes não possuíam, através da contratação de serviços de saúde da rede privada, refletindo diretamente na área da saúde mental⁵².

Dessa maneira, a prática assistencial psiquiátrica transformou-se em lucrativo negócio, através da mercantilização da loucura - “a fábrica da loucura” -, por intermédio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Embora em 1962, a Previdência Social tenha expedido a resolução de serviço CD/DNPS 942/62 - Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais que disciplinava a assistência psiquiátrica e enfocava o aspecto preventivo, além de determinar que o desenvolvimento ocorresse em ambulatorios, locais de trabalho, domicílio do segurado e hospitais gerais. Todavia, tais medidas não foram operacionalizadas. Em 1966, Luiz Cerqueira denunciava, em seu trabalho “Pela Reabilitação em Psiquiatria”, a situação de cronicidade dos doentes mentais⁵³.

Representando o setor dos prestadores privados de saúde em geral e da psiquiatria em particular, foi fundada a Federação Brasileira de Associações de Hospitais, em 1966, que na década de 1970 passaria a ser denominada Federação Brasileira de Hospitais⁵⁴. Tal órgão seria o principal beneficiário da política de saúde mental no período da ditadura militar.

Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social em razão da unificação do Instituto de Aposentadorias e Pensões, preferiu-se

⁵¹. Art.157, XIV, da Constituição de 1946.

⁵². Idem.

⁵³. Idem.

⁵⁴. PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Revista História, Ciências e Saúde - Manguinhos, Mai/Ago, 2004.

a compra de serviços médicos privados, inclusive na área de saúde mental, em contraposição à proposta de aumento na rede de hospitais públicos e na contratação de profissionais para o quadro público:

Com o processo de unificação dos institutos previdenciários, a extensão da assistência médica atingiu setores mais amplos da população. Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento. Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados⁵⁵.

A administração pública havia sofrido uma profunda reforma, a partir do Decreto- Lei n. 200 de 1967, em que foi transferida para a competência do Ministério da Saúde a formulação da Política Nacional de Saúde, embora os meios para tanto fossem escassos⁵⁶.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a consequência mais evidente da concentração do poder dos Institutos de Aposentadoria e Pensões foi a uniformização dos benefícios prestados à população atendida. Nesse período, a Previdência Social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde, com extensão da cobertura assistencial. A política proposta pelo INPS incluiu, no início da década de 1970, novas categorias profissionais, mas permanecia a exigência de comprovação do vínculo com o INPS através de carteira de trabalho ou carnê de contribuição para garantir a assistência hospitalar. Assim, muitos cidadãos continuavam sem direito à atenção à saúde. Nessa década, o Ministério da Saúde manteve suas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de vacinação e os programas contra determinadas doenças, enquanto a assistência médica individual ficava centrada no INPS. A política assistencial privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento de atividades hospitalares financiadas pelo Estado⁵⁷.

⁵⁵. Ibidem, p. 247.

⁵⁶. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 59.

⁵⁷. RIBEIRO, Carla Trevisan Martins; RIBEIRO, Marcia Gonçalves; ARAÚJO, Alexandra Pruffer; MELLO, Livia

Competia à União estabelecer planos nacionais de saúde, além de executá-los⁵⁸, bem como legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde⁵⁹. Também havia a previsão da proteção no âmbito dos direitos trabalhistas da assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva⁶⁰. Em outras palavras, havia a opção política de proteção normativa tão somente para as pessoas presentes no mercado de trabalho. Em relação à Emenda Constitucional n. 1/1969, não houve modificações profundas na área da saúde, permanecendo tal como o texto constitucional anterior.

É importante assinalar que na década de 1970, buscou-se regulamentar o papel do Município na política de saúde através da Lei n. 6.229/75, cabendo ao ente federativo manter e avaliar os serviços assistenciais e as ações de controle epidemiológico, bem como articular e integrar os serviços do sistema nacional de saúde. Entretanto, a municipalização não prosperou, sendo dada pouca atenção aos atendimentos primários e à expansão da cobertura, pois não havia um sistema; as ações eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem integração⁶¹:

Ao Ministério da Saúde cabia a responsabilidade da formulação de políticas e ações de caráter coletivo, e ao Ministério da Previdência e Assistência Social a realização da assistência médica através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que efetivamente controlava e avaliava as ações de saúde. A participação dos municípios era marginal e limitada ao repasse de dados quantitativos dessa produção assistencial⁶².

O argumento central da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e de resistência à redistribuição de recursos da Previdência Social, uma vez que o setor privado era o maior beneficiário, estava na crítica dos desperdícios

Rodrigues; RUBIM, Luciana da Cruz; FERREIRA, Joyce Espírito Santo. **O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil**. Revista Panamericana de Saúde Pública, 2010, p. 44.

⁵⁸. Art. 8º, XIV da Constituição de 1967.

⁵⁹. Art. 8º, XVII, “c” da Constituição de 1967.

⁶⁰. Art. 158, XV da Constituição de 1967.

⁶¹. IBEIRO, Carla Trevisan Martins; RIBEIRO, Marcia Gonçalves; ARAÚJO, Alexandra Prufer; MELLO, Livia Rodrigues; RUBIM, Luciana da Cruz; FERREIRA, Joyce Espírito Santo, op.cit.

⁶². RIBEIRO, Carla Trevisan Martins; RIBEIRO, Marcia Gonçalves; ARAÚJO, Alexandra Prufer; MELLO, Livia Rodrigues; RUBIM, Luciana da Cruz; FERREIRA, Joyce Espírito Santo, p. 44-45.

de verbas do INAMPS, estendendo-a também aos hospitais da DINSAM, ao alegar o fato de que os custos desses hospitais, na relação paciente/dia eram maiores do que os dos hospitais particulares⁶³.

Tal argumento não encontra assento na análise da dimensão política da participação hegemônica do setor privado. Observe que a crítica da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) é denunciada como manipuladora de dados e de não se referir ao aspecto do quadro de pessoal, que nos hospitais em cogestão é mais completo, na medida em que passam a ser admitidos técnicos de diferentes áreas de conhecimento e intervenção, contrariamente, aos hospitais privados, nos quais existem poucos técnicos e recursos terapêuticos⁶⁴.

Entretanto, com a nomeação de Leonel Miranda para a pasta de saúde no governo militar Costa e Silva, em 1968, o setor privado de prestação de serviços psiquiátricos cresceu, exponencialmente, concomitante ao aumento da força política dos grupos conservadores:

O caráter privatizante do modelo assistencial, implantado após a unificação da Previdência e radicalizado após o Plano de Pronta Ação (PPA) do ministro e empresário Leonel Miranda, tem como principal defensor o empresariado do setor privado, que tem como representante e articulador de seus interesses a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) [...] Como forma de justificar a sua proposta de ampliação da rede hospitalar privada, a FBH se utiliza do princípio de que há uma relação matemática entre os números de leitos e números de habitantes, tal como adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), não levando em consideração o caráter heterogêneo dos territórios e os fatores sociais, econômicos e culturais⁶⁵.

Tratava-se de um grande proprietário de leitos psiquiátricos no Rio de Janeiro que propôs uma radical privatização médica, eliminando o setor

⁶³. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

⁶⁴. Ibidem, p. 64.

⁶⁵. Ibidem, p. 60.

próprio de serviços médicos previdenciários, repassando aos produtores privados, cabendo ao Estado o papel de financiador:

Neste momento, a principal oferta de trabalho na área da psiquiatria vinha de clínicas conveniadas com a Previdência Social, que se proliferam a partir do Plano de Pronto Ação (PPA). Este plano, surgido em 1968, deflagra, em caráter definitivo, uma política de privatização da assistência médica no país [...] As clínicas que, criadas ou expandidas a partir desta época, constituem a principal forma de absorção da mão de obra em saúde, orientadas pela racionalidade predominantes do lucro. Desta forma, surgem muitas denúncias de fraudes e distorções, algumas apontadas no documento da Comissão de Saúde Mental do CEBES⁶⁶.

Entretanto, tal projeto encontrou resistência pelos setores do Instituto Nacional de Previdência Social e da sociedade, que criticavam o redirecionamento total dos recursos estatais para a rede de iniciativa privada⁶⁷. Em 1968 foi criado, no então estado da Guanabara, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos, cujo objetivo maior era estudar as dificuldades da assistência psiquiátrica no estado. A comissão formada por profissionais, entre eles Luiz Cerqueira, fez uma minuciosa análise sobre as condições da assistência psiquiátrica, visando a racionalização e a melhoria da qualidade dos serviços⁶⁸.

3.2 Perspectivas psiquiátricas no cenário internacional pós - 1945

Depois da Segunda Guerra Mundial, com sua marca de extermínio em massa de populações inteiras, as democracias ocidentais foram obrigadas a repensar suas práticas em relação às pessoas confinadas em instituições totais, entre as quais os hospitais psiquiátricos⁶⁹. Nesse sentido, foi

⁶⁶. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 107.

⁶⁷. PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Mai/Ago, 2004.

⁶⁸. Ibidem.

⁶⁹. SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S;

somente com a deflagração da Segunda Guerra mundial e a divulgação dos métodos de esterilização e de limpeza racial pelos nazistas que mundialmente a eugenia tornou-se sinônimo de ciência a serviço da intolerância e de violência contra a humanidade⁷⁰.

A Psicoterapia Institucional francesa e o modelo de Comunidades Terapêuticas na Inglaterra marcaram a crença no hospital psiquiátrico como “instituição de cura”, fazendo-se necessárias transformações internas destas instituições⁷¹. Essas experiências foram de grande importância por denunciarem as precárias condições em que viviam os doentes asilados, propondo uma nova organização interna para estas instituições⁷².

As Comunidades Terapêuticas funcionariam de maneira mais democrática e com relações institucionais horizontalizadas, ou seja, todos teriam, igualmente, direito à participação nas tomadas de decisão dentro das instituições⁷³:

As experiências da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica, datadas do final da Segunda Guerra Mundial, coincidiram com o esforço coletivo e premente de resgatar o caráter positivo das instituições asilares, resultado tanto da emergência de reflexões e posturas de cunho humanitário, como da necessidade de recuperação da mão-de-obra “desperdiçada” em tais instituições para a reconstrução dos países do pós-guerra⁷⁴.

A expressão Comunidade Terapêutica foi cunhada por Tom F. Main, em 1946, em referência ao trabalho realizado por Wilfred R. Bion e John Rickman no Northfield Hospital, iniciado em 1943, que organizava os pacientes (ex-combatentes da II Guerra Mundial) de modo comunitário⁷⁵.

CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

⁷⁰. DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015.

⁷¹. PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009.

⁷². Ibidem, p. 123.

⁷³. PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009.

⁷⁴. Ibidem, p. 123.

⁷⁵. GOULART, Maria Stella Brandão. **De profissionais a militantes: a Luta Antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70**. 2004. 289f. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) – Programa de Pós-graduação

O termo foi aplicado também ao trabalho de Maxwell Jones, em Mill Hill (1941-44), Dartford (1945), na divisão de reabilitação industrial de Belmont (1947-59) e no Dingleton Hospital em Melrose, Escócia⁷⁶. São trabalhos realizados por psiquiatras que ampliavam os recursos terapêuticos para além, inclusive, da relação médico-paciente, envolvendo os auxiliares médicos e os próprios doentes no trabalho de cura e reabilitação⁷⁷.

Nesse contexto do pós-guerra, serviram de estratégia de reorganização das instituições psiquiátricas fechadas, de forma que essas se adequassem a nova configuração social e as novas expectativas humanitárias⁷⁸. O trabalho consistia em grupos de discussão com os pacientes hospitalizados no *Monthfield Hospital*, em Birmingham. Tal procedimento, além de consistir em uma estratégia clínica, visava também o engajamento destes pacientes na organização e direção do centro de tratamento. As Comunidades Terapêuticas consistiam em uma tentativa de equalizar os poderes dentro das instituições. Deste momento em diante, as responsabilidades pela melhora dos doentes e pela administração da instituição passavam a ser compartilhadas por todos os membros da comunidade terapêuticas⁷⁹.

Em 1953, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu um relatório recomendando que todos os hospitais psiquiátricos se transformassem em Comunidades Terapêuticas, tendo em vista o caráter humanizado deste tipo de funcionamento.

A expressão Psicoterapia Institucional foi cunhada por Georges Daulmézon e Koechlin, em 1952, em referência a experiências alternativas francesas que exploravam terapeuticamente as atividades de laborativas (como a terapia ocupacional)⁸⁰. Os trabalhos de referência foram os

em Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

⁷⁶. Idem.

⁷⁷. Ibidem, p. 164.

⁷⁸. PACHECO, Juliana Garcia, op. cit.

⁷⁹. PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009, p. 123 - 124.

⁸⁰. GOULART, Maria Stella Brandão. **De profissionais a militantes: a Luta Antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70**. 2004. 289f. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) – Programa de Pós-graduação em Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

realizados em Saint-Alban, desde 1941, especialmente ligado ao psiquiatra catalão François Tosquelles, e, numa perspectiva mais radical, na clínica privada de *La Borde*, em Cour - Cheverny, por Jean Oury e Felix Guatarri, a partir de 1953. Essa última vertente é conhecida como esquizoanálise⁸¹.

Eles se inspiravam na psicanálise e na sociologia, e propunham articulação entre serviços hospitalares e ambulatoriais, pelo trabalho de equipes que acompanhavam os pacientes nos dois espaços. Tratava-se de procurar atuar tanto no doente como no espaço institucional, promovendo intervenções nos dois planos⁸².

Ao reconhecer com ponto de interseção entre a Psicoterapia Institucional e a Comunidade Terapêutica a busca pela recuperação da vocação terapêutica do hospital, Juliana Garcia Pacheco apresenta como hipótese inicial o fato de que dentro de uma instituição total, todos estão doentes, inclusive instituição. Assim, toda a estrutura hospitalar deveria ser revisitada e tratada⁸³.

Nesse sentido, a horizontalidade das relações e a democratização das decisões tornaram-se princípios fundamentais da Psicoterapia Institucional. Alguns nomes se destacaram dentro da Psicoterapia Institucional, com Felix Guatarri e Jean Oury, criador da *La Bole*, uma instituição que funciona até os dias atuais nos moldes da Psicoterapia Institucional⁸⁴.

Entretanto, apesar dos avanços na recuperação humanitária dos hospitais psiquiátricos e da relação de horizontalidade e democrática entre a administração hospitalar e os internos, essas experiências não transformaram o estado de exclusão social dos internos por não questionarem a instituição psiquiátrica como *locus* privilegiado de tratamento⁸⁵.

A Psicoterapia de Setor e a Psiquiatria Preventiva caracterizaram-se pela extensão da psiquiatria ao espaço público, voltando-se para ações

⁸¹. Ibidem, p. 164.

⁸². Idem.

⁸³. PACHECO, Juliana Garcia, op. cit.

⁸⁴. PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009, p. 125.

⁸⁵. Idem.

preventivas e de promoção de saúde mental, considerada nesse contexto como um processo de adaptação social⁸⁶.

A Psicoterapia de Setor, desenvolvida na França tinha por objetivo levar a Psiquiatria até a população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento dos doentes. Foram criadas instituições destinadas à prevenção e outras destinadas ao cuidado do doente no pós-alta. Assim, a passagem pelo hospital psiquiátrico, constituir-se-ia em uma fase transitória do tratamento. Foram implementadas algumas mudanças no hospital psiquiátrico. A partir deste momento suas divisões internas corresponderiam a uma área geográfica da cidade, o que permitiria uma continuidade dos cuidados pela mesma equipe⁸⁷.

A Psiquiatria Comunitária dos Estados Unidos teve uma grande influência das ideias sobre higiene mental de Clifford Beers, que foram rapidamente aceitas pelos pensadores da cultura e do funcionamento da sociedade americana, tendo em vista o contexto social e político por que passava o país⁸⁸.

A guerra do Vietnã, o crescimento do uso de drogas, o aparecimento de muitos jovens considerados “desviantes” e a ascensão do movimento beatnik, levaram as autoridades a elaborar técnicas e instrumentos de identificação de pessoas potencialmente doentes. Neste momento de ascensão do preventivismo houve uma tentativa de “despsiquiatrização” da saúde mental, ou seja, tal como na França, outros profissionais da saúde foram convocados a reunir seus saberes na constituição de um tipo psicossociológico ideal. Foram criados os Centros de Saúde Mental Comunitária, que deveriam prestar atendimentos de emergência e hospitalização durante 24 horas por dia⁸⁹.

Gerald Caplan elaborou ideias que foram úteis à implantação da Psiquiatria Preventiva. Dentre estas ideias figuravam definições da atenção

⁸⁶. Idem.

⁸⁷. Ibidem, p. 126.

⁸⁸. Idem.

⁸⁹. PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009, p. 126.

primária, secundária e terciária, atualmente, utilizadas no Brasil, no que tange a saúde pública. Caplan, ao definir as comunidades de risco em relação à saúde mental propôs uma reedição sofisticada da teoria da degenerescência de Morel, muito influente nas primeiras décadas do século XX⁹⁰.

Entretanto, não houve um rompimento com o modelo hospitalocêntrico como seria de se esperar ⁹¹. A ideia de que o sujeito deveria ser tratado em sua comunidade de origem, não necessariamente correspondeu às práticas que foram implementadas, pois essas ainda recorriam ao hospital psiquiátrico com objetivo de isolar o sujeito em crise. Os serviços comunitários não chegaram a ser de fato substitutivos, pois, apesar da tentativa de “capilarização” da atenção à saúde mental, o centro desse sistema assistencial ainda estava localizado dentro do hospital psiquiátrico⁹².

A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana proporcionaram uma ruptura radical com paradigma da Psiquiatria Orgânica. A Inglaterra e a França serão referências vanguardistas mais significativas do processo de crise e renovação das instituições psiquiátricas. A primeira, a partir da experiência das Comunidades Terapêuticas; a segunda, pelo exercício da Psiquiatria de Setor e da Psicoterapia Institucional⁹³.

Tais movimentos operaram críticas severas ao saber e à prática psiquiátricas, propondo uma profunda reconstrução, de ordem epistemológica e fenomenológica, do modelo psiquiátrico clássico⁹⁴. A Antipsiquiatria surgiu ao final da década de 60, na Inglaterra, no contexto dos movimentos de contracultura, e teve como seus representantes Ronald Laing, David Cooper e Thomaz Szacz.

⁹⁰. Idem.

⁹¹. Idem.

⁹². Ibidem, p. 128.

⁹³. GOULART, Maria Stella Brandão. **De profissionais a militantes: a Luta Antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70**. 2004. 289f. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) – Programa de Pós-graduação em Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

⁹⁴. PACHECO, Juliana Garcia. op.cit., p. 128.

O psiquiatra italiano Franco Basaglia foi, muitas vezes, identificado com este grupo, mas sempre negou que sua prática pudesse ser interpretada por meio desta sintonia. Estes autores entendem a loucura e a doença mental como construções sociais e vêem a instituição psiquiátrica como agência de controle social⁹⁵.

As reflexões da Antipsiquiatria foram o resultado de um contexto político e social marcado pelas consequências da guerra e pela necessidade urgente de democratização de toda a sociedade e suas instituições. Um dos principais pressupostos da Antipsiquiatria era que a loucura é um fenômeno que ocorre entre os homens e não dentro deles. E a loucura, sendo considerada uma produção social, não justificava ações excludentes no seu tratamento. Ao contrário do que afirmaram seus opositores, no seio deste movimento não era negada a existência da loucura, mas sim, questionava-se o ponto de vista a partir do qual esta era significada⁹⁶.

O interacionista simbólico Erving Goffman, o criador da *teoria dos rótulos*, Thomas Sheff, e o filósofo Michel Foucault, famoso pela sua obra sobre a história da institucionalização da loucura, são também identificados com este grupo, que teve grande impacto crítico na Itália e estimulou a emergência de um discurso libertário. Esses paradigmas eram capazes de articular a prática psiquiátrica com uma perspectiva política libertária que se adequará ao fortalecimento da cultura de esquerda italiana⁹⁷.

Já no campo da Psiquiatria Democrática Italiana, a tradição iniciada por Franco Basaglia, negando a instituição hospitalar e propondo sua ressignificação social na prática comunitária, assinalou um confronto com o modelo de comunidade terapêutica inglesa e com a política de setor francesa⁹⁸:

⁹⁵. GOULART, Maria Stella Brandão. **De profissionais a militantes: a Luta Antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70**. 2004. 289f. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) – Programa de Pós-graduação em Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004, p. 165.

⁹⁶. PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009, p. 129.

⁹⁷. GOULART, Maria Stella Brandão. op. cit, p. 165.

⁹⁸. PACHECO, Juliana Garcia. op.cit.

Um diferencial da tradição da tradição basagliana, que atualmente embasa o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, foi trazer à tona a necessidade de uma análise histórico-crítica da forma como a sociedade lida com o sofrimento e as diferenças. Basaglia atribuiu à vida um significado diverso, qual seja um significado “político” de vida na qual não existe mais uma separação entre a doença de uma parte e a saúde de outra. É neste sentido que se deve refletir a emblemática afirmação que respalda todo o movimento italiano, de que devemos colocar a “doença mental entre parênteses” e cuidar do sujeito⁹⁹.

A experiência da Psiquiatria Democrática Italiana traz em seu bojo uma ampliação do conceito de desinstitucionalização, até então concebido, dentro de outros movimentos de reforma, simplesmente como desospitalização¹⁰⁰. Tal concepção de desinstitucionalização implica, necessariamente, em uma mudança de objeto das intervenções em Saúde Mental. O objeto deixa de ser prioritariamente a doença (já colocada em parênteses) e seus signos, e passa a ser a existência-sofrimento do sujeito¹⁰¹.

A tradição basagliana suscita elementos novos no cenário da Reforma Psiquiátrica ao travar, pela primeira vez na história, alguns conflitos com as representações sociais da loucura, que ao longo da história da cultura ocidental, teve sua imagem crescentemente relacionada à periculosidade, imprevisibilidade e incapacidade para a vida social. Outro mérito deste movimento foi colocar em discussão a necessidade de resgate da cidadania sequestrada destes pacientes nos longos anos de internação¹⁰²:

O movimento italiano traz em seu cerne o desenvolvimento de um trabalho que visa a transformação das representações sociais da loucura, na medida em que buscou construir um novo lugar social para o sujeito acometido de transtornos mentais. É reconhecido que este novo lugar social somente poderá ser conquistado se houver um rearranjo das políticas públicas para a Saúde Mental, mas tal mudanças, somente poderá ocorrer de forma efetiva se forem

⁹⁹. PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009, p. 140.

¹⁰⁰. Idem.

¹⁰¹. Ibidem, p. 140.

¹⁰². Idem.

ampliadas e transformadas as concepções acerca da loucura e a forma como a sociedade acolhe suas diferenças¹⁰³.

As conquistas políticas, incluindo transformações na legislação relativa à doença mental, garantindo direitos de cidadão ao louco, aproximam o objeto de representação – a loucura/ sujeito dito louco – daqueles que o representam. E esta garantia de direitos e de circulação na cidade, vem acompanhada da necessidade da equipe de saúde mental auxiliar este novo ator social a construir sua autonomia, o que viabilizaria sua inserção social como um dos princípios organizadores das intervenções. Esta experiência italiana de Reforma Psiquiátrica e a ressignificação do conceito de desinstitucionalização tiveram uma grande influência em inúmeros países ocidentais, inclusive o Brasil¹⁰⁴.

Assim, o início da década de 1970¹⁰⁵ se caracterizou, no Brasil, pela crescente influência de propostas terapêuticas que se mostraram efetivas na Europa e principalmente nos Estados Unidos, por meio da psiquiatria comunitária. O decreto do presidente John F. Kennedy, em fevereiro de 1963, denominado *Community Mental Health Center Act*, baseava-se nos conceitos preventivistas criados por Gerald Caplan e redirecionava o modelo psiquiátrico. A partir de então, seria incluída como meta a redução da doença mental na comunidade, enfatizando-se a promoção de um novo objeto de ação: a saúde mental¹⁰⁶.

Em 1970, na cidade de São Paulo, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Durante o evento, foi lançada a Declaração de Princípios de Saúde Mental¹⁰⁷. Na

¹⁰³. Ibidem, p. 141.

¹⁰⁴. PACHECO, Juliana García. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009, p. 142.

¹⁰⁵. A partir da década de 1970, houve uma preocupação com a socialização do deficiente a partir da Declaração dos Direitos do Deficiente Mental da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1971, que estabeleceu direitos para pessoas com necessidades especiais, incluindo o direito a atenção médica e reabilitação, assim como o direito de retornar ao cuidado familiar e de ser inserido produtivamente na sociedade.

¹⁰⁶. PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Mai/Ago, 2004.

¹⁰⁷. Ibidem, p. 248.

contramão do processo de privatização e mercantilização da assistência psiquiátrica brasileira, diversos documentos decorrentes de encontros nacionais e internacionais assinalavam uma mudança no cenário de assistência em saúde como, por exemplo, a formulação oriunda da III Reunião de Ministros da Saúde (1972), em Santiago-Chile, que apontava para uma reorientação da saúde para as Américas, ao criticar o sistema hospitalocêntrico e os poucos recursos extra-hospitalares.

Firmou-se, a partir daquela reunião de ministros, um acordo para a execução de um programa de saúde mental no Brasil, com validade até 1974 e que propunha ênfase na formulação de uma política nacional de saúde mental. O Plano Decenal de Saúde para as Américas, decorrente do término do encontro, estabelecia as seguintes recomendações para a saúde mental: (a) prevenção primária, secundária e terciária em saúde mental, (b) criação de serviços para diminuir a tendência de aumento de alcoolismo e fármaco-dependência, (c) planejamento de leitos psiquiátricos para cada 1.000 habitantes, (d) priorizar o atendimento ambulatorial e hospitalização breve, de preferência em hospitais gerais, (e) criação de Centros Comunitários de Saúde Mental em cidades com mais de 100.000 habitantes, (f) modernização da legislação psiquiátrica, (g) modernização dos tratamentos, utilizando-se, especialmente, técnicas grupais e (h) estímulo ao ensino de saúde mental em escolas de medicina e outras escolas que formam profissionais de saúde¹⁰⁸.

Tal evento foi organizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A aprovação do Manual para Assistência Psiquiátrica pelo Ministério da Previdência Social, em 1973, fundamentou a criação da Portaria n. 32 de 1974 do Ministério da Saúde que enfatizava os princípios da Psiquiatria Comunitária. Entretanto, segundo Luiz Cerqueira, não encontrou lugar na prática por contrariar os lucros das empresas do setor privado de saúde, apesar de demonstrar as fragilidades do modelo hospitalocêntrico.

¹⁰⁸. YASUI, Silvío. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 34 - 35.

O modelo preventivista que inspirou, ideologicamente, o Manual surgiu como alternativa ao modelo psiquiátrico clássico organomecanicista. Almejava não apenas a prevenção da doença mental, mas, fundamentalmente, a promoção da saúde mental¹⁰⁹.

Juntamente com o Manual para Assistência Psiquiátrica, apresentava semelhanças com as propostas da Reforma Psiquiátrica: (a) crítica ao modelo hospitalocêntrico, (b) participação da comunidade nos serviços, (c) revisão da legislação psiquiátrica, (d) criação e diversificação de novos serviços, (e) ampliação da rede extra-hospitalar. Porém, com uma importante diferença: eles integravam um esforço internacional de implantar uma medicina de caráter preventivo, que, na psiquiatria, irá se concretizar mais claramente com o projeto norte-americano da psiquiatria preventiva de Gerald Caplan (1980). Na Reforma Sanitária, a análise crítica da medicina preventiva avançou para uma discussão sobre a saúde coletiva, questionando e redefinindo as noções fundamentais, tais como o processo saúde-doença, história natural das doenças, causalidade, clínica médica, com consequências técnicas, assistenciais, políticas, ideológicas e culturais¹¹⁰.

É importante ressaltar que, no cenário internacional, ocorriam dois grandes movimentos de ruptura com a psiquiatria clássica: a Antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia, marcando grandes discussões e debates no campo institucional e acadêmico, com ênfase na participação da sociedade civil. Foi no final dos anos 1970 que vários congressos e encontros possibilitaram a vinda ao Brasil desses importantes nomes, além de outros, como Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guattari e Erwin Goffman¹¹¹.

Buscou-se, assim, enfatizar a necessidade de politizar o discurso psiquiátrico, retirando-o do campo do conhecimento científico neutro *a priori* para avaliá-lo, a partir das práticas sociais e institucionais nos hospitais

¹⁰⁹. PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Mai/Ago, 2004, p. 251.

¹¹⁰. YASUI, Silvio. op. cit., p. 35 - 36.

¹¹¹. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 36.

psiquiátricos. A década de 1970 apresentou uma acentuada crise no modelo hospitalocêntrico, não somente no cenário brasileiro, mas inclusive no plano internacional o que desencadeou, em 1978, a Conferência em Alma-Ata, antiga cidade pertencente à União Soviética (Cazaquistão) que reuniu várias nações para discutir modelos de gestão em saúde, baseados na atenção primária.

A partir de meados da década de 1970, inicia-se no Brasil um conjunto de mudanças no setor saúde caracterizado por ações que visavam à viabilidade legal, pública e não clandestina da luta política em âmbito nacional, orientando-se por ideais de transformação das práticas de saúde: trata-se do Movimento de Reforma Sanitária¹¹².

Foi a partir de Alma-Ata que a atenção primária à saúde ganha contornos de um enfoque estruturado por atores institucionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, além do Banco Mundial, culminando na Declaração de Alma-Ata que previa como prioridade, na promoção da saúde, a atenção primária à saúde¹¹³. Além disso, a apresentou o conceito de saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, elevando a um direito humano fundamental¹¹⁴.

A Declaração de Alma-Ata foi um passo político importante rumo à transformação do modelo assistencial adotado na época. Tal documento privilegiou os cuidados primários e atenção à saúde de modo universal¹¹⁵.

No Brasil, esse ideário surge com bastante impacto na década seguinte, influenciando a redação do texto constitucional de 1998. Contudo, as

¹¹². SOPHIA, Daniela Carvalho. **Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate**. Revista Saúde em Debate, Out/Dez, 2012, p. 555.

¹¹³. Para maior compreensão dos primeiros movimentos de reforma psiquiátrica e a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, em especial, a psiquiatria coletiva no Brasil ver DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

¹¹⁴. MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FONSECA, Angélica Ferreira; BORGES, Camila Furlanetti. **O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil**. In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

¹¹⁵. Idem.

práticas de saúde pública, no cenário nacional, só adotariam um conjunto de propostas que consubstanciasse o modelo de atenção primária a partir da década de 1990.

Até o fim da década de 1970, na assistência psiquiátrica dos hospitais públicos no Brasil, mais do que a oferta de tratamento disciplinar, labor-terapia, eletrochoques e psicofármacos, prevaleceu o abandono. Nessa década, a marca predominante foi a abertura de grande número de hospitais, privados ou filantrópicos, contratados pelo setor público e financiados com recursos dos segurados da previdência social, caracterizado por uma intensa privatização da assistência médica, especialmente na psiquiatria¹¹⁶.

Ainda nessa quadra histórica, o deslocamento preponderante dos recursos públicos destinados à saúde pública para o setor privado conjugado com o cenário de crise política institucional e econômica, em razão da ditadura militar, deflagrou-se a crise no sistema previdenciário¹¹⁷.

3.3 A Reforma Santiária e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM): o início da Reforma Psiquiátrica brasileira

Nesse contexto, o movimento da Reforma Sanitária buscou-se desenvolver políticas públicas de saúde alinhadas à luta institucional pela reabertura democrática do cenário brasileiro¹¹⁸.

Nos anos 1980, o movimento da Reforma Sanitária criticava a mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social e buscava a universalização do direito à saúde, ampliando esse debate no Brasil. A partir disso, medidas de reformulação do sistema de saúde foram

¹¹⁶. SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

¹¹⁷. Para maior aprofundamento sobre essa questão veja OLIVEIRA, Jaime A. de; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Editora Vozes em coedição com Associação Brasileira Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 1986.

¹¹⁸. Juntamente com as demais ações na luta pelo acesso democrático à saúde, inclusive mental, cito trabalhos importantes desenvolvidos pela médica psiquiatra Nise da Silveira, a saber: DA SILVEIRA, Nise. **O mundo das Imagens**. São Paulo: Editora Ática, 1992; DA SILVEIRA, Nise. **Imagens do inconsciente**. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2015.

encaminhadas ao Estado, com base em um diagnóstico do modelo de saúde vigente que revelou uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa¹¹⁹.

A saúde tem determinantes sociais, o que implica pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social¹²⁰. Com o processo de redemocratização e abertura política brasileira, inicia-se a luta pelas mudanças no sistema de saúde.

A Reforma Sanitária se colocava, assim, fundamentalmente como um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da *polis*, da esfera pública, dos bens comuns. Era um processo que levava à produção intelectual crítica, práticas e ações alternativas ao modelo hegemônico, militância cotidiana, ocupação de espaços institucionais, articulações com outros setores da sociedade, ocupação de espaços no interior do aparato estatal, avanços e recuos. Um processo político, colocando em cena e em pauta a relação entre Estado e sociedade civil. A Reforma Sanitária se constituiu tensionando, criticamente, os termos dessa relação¹²¹.

Nesse cenário, com críticas de vários segmentos do setor público ao modelo de assistência médica, surgem, concomitantemente, no Brasil, o movimento pela Reforma Sanitária e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental¹²².

A greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), de 1978, marca o início do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII, ao registrarem no livro de ocorrências do plantão

¹¹⁹. RIBEIRO, Carla Trevisan Martins; RIBEIRO, Marcia Gonçalves; ARAÚJO, Alexandra Prufer; MELLO, Livia Rodrigues; RUBIM, Luciana da Cruz; FERREIRA, Joyce Espírito Santo. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. Revista Panamericana de Saúde Pública, 2010, p. 45.

¹²⁰. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

¹²¹. Ibidem, p. 30 - 31.

¹²². SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

de pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital¹²³:

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental denunciou a falta de recursos das unidades, à consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhista nacional. As amarras de caráter trabalhista e humanitário dão grande repercussão ao movimento, que consegue manter-se por cerca de oito meses em destaque na grande imprensa¹²⁴.

Tratava-se do primeiro gesto da Reforma Psiquiátrica. Naquele ano, médicos denunciaram as precárias condições às quais eram submetidos os pacientes nos hospitais psiquiátricos da DINSAM, órgão ligado ao Ministério da Saúde. Em abril, profissionais das quatro unidades do Rio de Janeiro deflagraram a primeira greve no setor público, após o regime militar, que logo recebeu o apoio de várias entidades¹²⁵.

Assim, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental ganha visibilidade a partir do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 27 de outubro de 1978, em Camburiú - Santa Catarina (denominado também de Congresso de Abertura) e tinha como principais reivindicações a humanização da assistência, a denúncia da baixa qualidade do atendimento, dos custos elevados e das condições de trabalho:

Pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participam de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma frente ampla a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-

¹²³. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

¹²⁴. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 52.

¹²⁵. YASUI, Silvío. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 37.

ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional¹²⁶.

O Congresso de Camburiú cumpriu função semelhante à do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), no plano da política. Apesar de conservadora, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) acolheu e abriu espaço para o movimento da Reforma Psiquiátrica¹²⁷. Além disso, desde 1956/57 não se realizava concurso público para a ocupação dos quadros profissionais.

Então, a partir de 1974, iniciou-se a contratação de bolsistas (médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais), muito dos quais com alocação em cargo de chefia e direção¹²⁸. Trabalhavam em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. Eram frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas¹²⁹.

O conjunto de reivindicações trabalhistas do MTSM estava acompanhado pelo anseio de promover serviços em saúde mental de modo mais humanitário, sem a utilização inclusive do eletrochoque. Destacaram-se as denúncias relativas aos salários, à formação de recursos humanos, à relação entre instituição, clientela e profissionais, ao modelo médico-assistencial e às condições de atendimento.

A Reforma Psiquiátrica brasileira decorrente do cotidiano das experiências profissionais de práticas institucionais e universitárias, buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente, contra as instituições psiquiátricas e produziu reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica, criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas, conquistou mudanças no aparato jurídico e buscou produzir efeitos no campo sociocultural¹³⁰.

¹²⁶. AMARANTE et al, op. cit., p. 54.

¹²⁷. YASUI, Silvio. op.cit, p. 37.

¹²⁸. AMARANTE et al, op. cit.

¹²⁹. AMARANTE et al, op.cit, p. 52.

¹³⁰. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

Além das denúncias da psiquiatrização, buscava-se melhores técnicas de tratamento e serviços em saúde mental com duras críticas à política privatizante da gestão da saúde. Como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica se configura como um processo político de transformação social¹³¹:

O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismo, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade¹³².

Nesse sentido, é possível destacar a realização do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, ocorrido entre os dias 19 a 22 de outubro de 1978, no Rio de Janeiro como estratégia para uma nova sociedade psicanalítica, de orientação analítico-institucional, o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI)¹³³:

A realização deste Congresso possibilita a vinda ao Brasil dos principais mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, enfim das correntes de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, dentre outros¹³⁴.

Em janeiro de 1979, no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo, ocorreu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental no qual

¹³¹. Idem.

¹³². Ibidem, p. 32.

¹³³. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

¹³⁴. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 55.

prevaleceu o entendimento de que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde encontra-se vinculada à luta dos demais setores sociais em busca da realização da democracia e de uma organização mais justa da sociedade. Além disso, reforçou-se a crítica ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos públicos brasileiros¹³⁵.

Já em novembro de 1979, em Minas Gerais, aconteceu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que contou com a presença de Franco Basaglia, Antonio Slavich e Robert Castel que abordou temas como psicofarmacologia, terapia de crise, esquizofrenia e identidade profissional, debatidos ao lado do enfoque social¹³⁶.

Já nos anos 1980, o sistema previdenciário brasileiro se encontrava em uma profunda crise decorrente do cenário econômico brasileiro que foi, fortemente, influenciado pela recessão mundial e alta da taxa de juros, causando o aumento da dívida externa brasileira, decorrente dos empréstimos internacionais, dos juros internos e da aceleração do processo inflacionário:

A crise da previdência dos anos 1970 e início dos 1980 é decorrente de um lado, da queda na arrecadação em razão da crise financeira mundial e consequente aumento do desemprego e, de outro, da crescente compra de serviços privados, com pagamento baseado em modelo caracterizado por agregação de procedimentos, sem regulação eficaz, tornando os custos crescentes e imprevisíveis¹³⁷.

Essa crise institucional da Previdência Social, apesar de ser apresentada como de origem exclusivamente financeira, pautada na relação quantitativa custos-benefícios, é, na verdade, fundamentalmente qualitativa¹³⁸:

¹³⁵. Idem.

¹³⁶. Idem.

¹³⁷. SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 46.

¹³⁸. AMARANTE et al, op. cit.

Ou seja, os investimentos realizados não produzem benefícios minimamente satisfatórios, provocando uma visível insatisfação em alguns segmentos sociais, gerando críticas de usuários-contribuintes, parlamentares, lideranças comunitárias e religiosas, dentre outros setores da sociedade civil e dos próprios trabalhadores da área da saúde. A ineficiência da aplicação dos recursos é dada, em primeiro lugar, à própria natureza do modelo curativista e assistencialista e, em segundo, ao modelo de compra de serviços privados para a prestação de serviço “público”, o que termina por apontar para a necessidade da racionalização dos gastos previdenciários¹³⁹.

Com a cogestão, criou-se a possibilidade de implantação de uma política de saúde com base no sistema público de prestação de serviços, a co-operação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, propostas defendidas pelos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica¹⁴⁰.

Com a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, através da Lei n. 6.229, estabeleceu-se competências do INAMPS (assistência curativa e individualizada) e do Ministério da Saúde (medicina preventiva e coletiva). Dessa maneira, por intermédio da Portaria n. 5, de 11 de maio de 1980, institui-se a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação entre os Ministérios, a fim de planejar e coordenar as ações na área da saúde¹⁴¹.

A partir desse quadro, institui-se uma agenda reformista do setor de saúde, formulada e consolidada ao longo dos anos 70, sob a liderança das forças políticas democráticas. Destacando a atuação, nesse processo, do CEBES que, em outubro de 1979, apresentou o documento intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde” no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados¹⁴².

Para enfrentar a grave crise financeira, o governo militar buscou formular alternativas, como o Plano Prev-Saúde, que incorporou teses e

¹³⁹. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 60.

¹⁴⁰. Idem.

¹⁴¹. Ibidem, p. 61.

¹⁴². YASUI, Silvío. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

propostas do Movimento Sanitário que já haviam sido apresentadas na Declaração de Alma-Ata, tais como descentralização, hierarquização, regionalização e ênfase aos serviços básicos de saúde¹⁴³.

Ao apresentar o documento “A Questão Democrática na Área da Saúde”, o CEBES formulou, pela primeira vez, a proposta do Sistema Único de Saúde, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação. Desse modo, tanto a Reforma Sanitária brasileira quanto o SUS nasceram da sociedade, e não de governos ou partidos¹⁴⁴.

Em 1980, ocorreu o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro onde se discutiu 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 população brasileira e às denúncias das violências ocorridas nas instituições psiquiátricas¹⁴⁵.

Concomitante à realização do VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em agosto de 1980, realizou-se, em Salvador – Bahia, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental com objetivo de revisar a legislação no âmbito civil e penal relativa às pessoas em sofrimento psíquico, além de discutir a luta pelo direito à saúde como democratização da ordem econômico-social.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria que haviam se aproximado por ocasião do Congresso de Abertura experimentaram um distanciamento, a partir deste momento, decorrente da postura considerada politizada, radical e crítica que o MTSM vinha assumindo em sua trajetória¹⁴⁶:

As moções aprovadas em assembleia passam pelo apoio à luta pela democratização da Associação Brasileira de Psiquiatria e de suas federadas, pela crítica

¹⁴³. Ibidem, p. 39.

¹⁴⁴. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

¹⁴⁵. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Locos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

¹⁴⁶. Idem.

à privatização da saúde por meio de denúncias envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e outras multinacionais do setor empresarial da saúde com ingerência direta nas instâncias decisórias do poder público¹⁴⁷.

No final de 1981, foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Na década de 1980, o órgão contratante dos leitos psiquiátricos hospitalares, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), publicou a Portaria n. 3.108/1982 que estabelece o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, conhecido como Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com vistas a inverter a tendência de aumento de leitos e repassar os recursos para os serviços públicos para que eles assumissem a maior parte da assistência psiquiátrica, racionalizando custos e substituindo por outras formas esse atendimento¹⁴⁸.

Assim, como parte do órgão, criou-se o projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS), um importante instrumento de descentralização e de articulação institucional, possibilitando o repasse de recursos financeiros da União para outros entes políticos.

Em agosto de 1982, o trabalho do CONASP se consubstanciou no Plano de Reorientação da Assistência Médica do Previdência, que propunha, oficialmente, modificações, as quais objetivavam a racionalização do sistema, a melhoria da qualidade dos serviços e a reversão do modelo assistencial privatizante, com a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais, na cobertura assistencial da população¹⁴⁹.

Denominado de “cogestão”, o convênio entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social e o da Saúde assinalaram um marco na

¹⁴⁷. Ibidem, p. 56.

¹⁴⁸. SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 46.

¹⁴⁹. YASUI, Silvío. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 40.

trajetória das políticas públicas de saúde, prevendo a colaboração do Ministério da Previdência no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde.

Neste espírito, o Ministério da Previdência e Assistência Social deixa de comprar serviços do Ministério da Saúde, nos mesmos moldes realizados com as clínicas privadas, e passa a participar da administração global do projeto institucional da unidade cogerida¹⁵⁰.

Os proprietários de hospitais psiquiátricos se posicionavam com resistência a essa nova configuração política, em razão da ameaça dos seus lucros e da perda do poder político. Sob novo estatuto, em 1973, a Federação Brasileira de Hospitais tornava-se o órgão organizador e centralizador da maior parte dos recursos destinados à saúde¹⁵¹.

Nesse sentido, em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, presidida por Sérgio Arouca, que no relatório final apresentou as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A oitava edição do evento – a célebre 8ª Conferência Nacional de Saúde – foi convocada pela Presidência da República, por solicitação do ministro da Saúde, em julho de 1985, e deveria ser realizada na primeira semana de dezembro de 1985. Em decorrência de reivindicações e solicitações de diferentes segmentos, de que haveria pouco tempo para preparar e discutir propostas na sociedade civil e nas instituições, o evento foi adiado para março do ano seguinte. Realizado entre os dias 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, reuniria diferentes setores da sociedade para discussão de todas as propostas de mudanças¹⁵².

No total participaram mais de cinco mil pessoas, sendo mil delegados. Significativamente, um único setor recusou-se a participar daquela conferência: os prestadores de serviços privados de saúde¹⁵³.

¹⁵⁰. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 58.

¹⁵¹. Idem.

¹⁵². SOPHIA, Daniela Carvalho. **Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate**. Revista Saúde em Debate, Out/Dez, 2012, p. 555 - 556.

¹⁵³. YASUI, Silvío. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora

Decorrente desse encontro, organizou-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), composta pelo governo e sociedade civil e a Plenária Nacional de Entidades da Saúde, constituídas pelas forças organizadas da sociedade civil¹⁵⁴.

Em 1986, realizou-se o II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental do Estado de São Paulo com os seguintes eixos temáticos: (a) saúde mental e trabalho, (b) saúde mental e movimentos sociais e (c) saúde mental e constituinte. Buscava-se imprimir uma dinâmica mais democrática e com maior participação na formulação da política de saúde mental¹⁵⁵.

Em março de 1987, foi inaugurado em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, referência e inspiração para mudanças na assistência psiquiátrica no cenário brasileiro. No mesmo ano ocorreu a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

Enquanto se debatia a legislação do SUS no Congresso Nacional, foram adotadas medidas visando à integração das ações e à unificação dos serviços de saúde, mediante convênios entre os governos federal, estadual e municipal, com a implantação dos programas como se fossem pontes capazes de facilitar a travessia para a outra margem do rio, ou seja, o SUS. Entre essas iniciativas, podem ser mencionadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), reconhecidos como uma estratégia-ponte para o SUS¹⁵⁶.

Em julho de 1987, decorrente da 8ª CNS, aconteceu no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CSNM), com os temas: (a) Economia, Sociedade e Estado (impactos sobre a saúde e doença mental), (b) Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental, (c) Cidadania e Doença Mental (direitos e deveres e legislação do doente mental):

FIOCRUZ, 2010, p. 40.

¹⁵⁴. Idem.

¹⁵⁵. Ibidem, p. 42.

¹⁵⁶. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 40 - 41.

A conferência foi realizada em um clima de intensas polêmicas e discussões, e o relatório final demonstra a força de articulação da Reforma Psiquiátrica, fazendo prevalecer suas teses em praticamente todos os itens dos temas da conferência. No tema I – Economia, Sociedade e Estado – denunciava-se o modelo econômico altamente concentrador brasileiro, apontando para a necessidade de se ampliar o conceito de saúde, considerando em seus determinantes as condições materiais de vida. No tema II – Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência – o relatório reafirmava as teses do Movimento Sanitário, introduzindo a especificidade da saúde mental no contexto de suas diretrizes e princípios. No plano assistencial, reiterava a reversão da tendência hospitalocêntrica, com prioridade para o sistema extra-hospitalar, propondo o fim do credenciamento de novos leitos e a redução progressiva dos leitos existentes. Por fim, no tema III – Cidadania e Doença Mental –, o relatório reafirmava, também, as teses do Movimento Sanitário, sugerindo inclusões no texto constitucional, no que se referia ao direito à saúde e propondo reformulações da legislação ordinária que tratava especificamente da saúde mental, ou seja: código civil, código penal e legislação sanitária¹⁵⁷.

Tal encontro foi marcado pela evidenciação de fortes questões políticas e ideológicas que estavam em disputa no campo da saúde mental. Mantendo as críticas ao asilo e à violência institucional, no ambiente da contestação ao regime militar, e fortalecendo o processo de redemocratização, a Reforma Psiquiátrica buscou ampliar as discussões técnicas para uma perspectiva política e social, expressa no relatório da I CNSM, o primeiro documento brasileiro oficial a colocar a questão da saúde mental nessa perspectiva de luta entre interesses de classes¹⁵⁸.

Em dezembro de 1987, foi realizado o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru – São Paulo, onde se instituiu o lema “Por uma sociedade sem manicômios” que contou com a presença de lideranças institucionais, técnicos, familiares, usuários e estudantes:

¹⁵⁷. ASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 43.

¹⁵⁸. *Ibidem*, p. 44.

A escolha da cidade paulista deveu-se ao fato de estar sob uma administração progressista à época, o que favoreceu o apoio para a organização e para a realização do evento. Além disso, havia várias lideranças expressivas da Reforma Sanitária, como David Capistrano, secretário municipal de saúde, e da Reforma Psiquiátrica, como Roberto Tykanori, que lá tinham implantado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS¹⁵⁹.

Adotado nacionalmente, a partir desse evento, o lema colocava em destaque a questão da loucura no âmbito sociocultural. Tratava-se de: produzir uma utopia norteadora das propostas assistenciais; resgatar a discussão sobre segregação e a violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se, também, de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma razão instrumental, sobre a loucura¹⁶⁰.

Institui-se, dentre as deliberações, o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Por ocasião do encerramento do evento, realizou uma passeata em Bauru com mais de trezentas pessoas solicitando a extinção dos manicômios. Após algumas discussões, uma das primeiras datas sugeridas foi 13 de maio, data da aprovação da Lei n. 180 da Itália e da libertação da escravatura, porém a escolha recaiu no dia 18 de maio, sem nenhum motivo mais relevante¹⁶¹.

O Manifesto de Bauru, aprovado na plenária e distribuído no dia da passeata, marcou o nascimento de um novo movimento: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomia¹⁶². Esse novo ator social enfatizou as denúncias de violências institucionais praticadas nos manicômios, bem como a exclusão e a produção social da loucura, além da ausência do respeito à cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. A luta pelo direito à saúde mental transformava-se no anseio de transformação da sociedade e do

¹⁵⁹. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 45.

¹⁶⁰. Ibidem, p. 45.

¹⁶¹. Idem.

¹⁶². Ibidem, p. 46.

reposicionamento do lugar social da loucura, a partir da efetividade dos direitos civis, sociais e políticos da pessoa em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) buscou-se articular, enquanto movimento social, no âmbito nacional, com uma singularidade: existência como movimento, sem tornar-se instituição.

Não há uma sede, fichas de inscrição ou rituais de filiação. Existe como uma utopia ativa, preta de desejos e ideias de transformação, e como materialidade na prática cotidiana de profissionais, familiares, usuários e tantos outros que se identificam com seu ideário. É, fundamentalmente, um dispositivo social que congrega e articula pessoas, trabalhos e lugares¹⁶³.

Em maio de 1989, a Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado, sofreu uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde. Em função das atrocidades, incluindo-se mortes, cometidas com os pacientes lá internados. Iniciou-se, a partir da desmontagem do manicômio, um processo de transformação exemplar, com a implantação de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva¹⁶⁴.

Essa foi a experiência de maior repercussão tanto nacional, quanto internacionalmente com uma proposta concreta de organização de serviços e ações de saúde mental, efetivamente, substitutiva à internação psiquiátrica¹⁶⁵.

Em 1989, organizou-se na cidade de São Paulo, a Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental, formando um agente social coletivo que realizou profundas críticas à Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo. Outro ator social no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira surge no final dos anos 1980: as associações de usuários e familiares.

Além da pioneira Sociedade de Serviços Gerais para a Integração (SO-SINTRA) do Rio de Janeiro (criada em 1978) e do Grupo Loucos pela Vida

¹⁶³. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 46.

¹⁶⁴. Ibidem, p. 47.

¹⁶⁵. Idem.

de Juqueri, nasceram a Associação Franco Basaglia (São Paulo), a Associação Franco Rotelli (Santos), o SOS Saúde Mental, entre outras¹⁶⁶. As associações atuaram na construção de novas possibilidades de atenção e cuidados e na luta pela transformação da assistência em saúde mental¹⁶⁷.

Todavia, é na década de 1980 que iniciativas pioneiras e relevantes indicariam as mudanças de rumo do modelo de assistência psiquiátrica no cenário brasileiro¹⁶⁸. Ocorre, então, a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, o da rua Itapeva, denominado CAPS Luiz da Rocha Cerqueira (1987), a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro (1987), o II Encontro do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, São Paulo, onde foi anunciada a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios” (1987), a intervenção da Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta (1989)¹⁶⁹ e por fim a apresentação do Projeto de Lei n.3.657 pelo deputado federal Paulo Delgado na Câmara dos Deputados (1989).

As principais transformações no campo jurídico-político tiveram início a partir deste Projeto de Lei que provocou enorme polêmica na mídia nacional, ao mesmo tempo que algumas associações de usuários e familiares foram constituídas em função dele. Umas contrárias, outras a favor, o resultado importante deste contexto foi que, de forma muito importante, os temas da loucura, da assistência psiquiátrica e dos manicômios, invadiram boa parte do interesse nacional¹⁷⁰.

Nas décadas de 80 e 90, o movimento crescente da reforma psiquiátrica trouxe consigo a ênfase nas questões em torno da cidadania, da

¹⁶⁶. Ibidem, p. 50.

¹⁶⁷. Ibidem, p. 50.

¹⁶⁸. SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

¹⁶⁹. Para maior aprofundamento sobre o cenário da Reforma Psiquiátrica brasileira ver KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

¹⁷⁰. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 84

inserção social e da singularidade, temas que passaram a ocupar um lugar de destaque nos discursos e práticas psiquiátricos¹⁷¹.

¹⁷¹. DE CARVALHO, Emílio Nolasco. **A Reforma, as formas e outras formas: um estudo sobre as construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental**. 197f. Dissertação (Dissertação Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2001, p. 51.

3.4 O direito à saúde na Constituição Federal de 1988

Segundo a lição de José Afonso da Silva, a ordem social, bem como a ordem econômica, adquiriram dimensão jurídica a partir de constituições que passaram a discipliná-las sistematicamente, tendo como marco a Constituição do México (1917). No Brasil, a primeira Constituição a inscrever um título sobre a ordem social e econômica (Título IV) foi a de 1934, com previsão nos arts. 115 a 143, sob a influência da Constituição de Weimar (1919)¹⁷².

Os direitos sociais, a partir da Carta Política de 1934, sempre estiveram juntos com a previsão da ordem econômica nos textos constitucionais posteriores. Com o advento da Constituição de 1988, o legislador constituinte decidiu por um capítulo próprio para os direitos sociais (capítulo II do título II)¹⁷³ e um título sobre a ordem social (título VIII).

De modo crítico, José Afonso da Silva afirma que se cindindo a matéria, como se fez, o constituinte não atendeu aos melhores critérios metodológicos, mas dá ao jurista a possibilidade de extrair, daqui e de lá, aquilo que constitua o conteúdo dos direitos relativos a cada um daqueles objetos sociais, deles tratando aqui, deixando para tratar, na ordem social, de seus mecanismos e aspectos organizacionais¹⁷⁴.

Assim, ao analisar a relação entre os direitos sociais e os direitos econômicos demonstra que, apesar do direito social disciplinar situações subjetivas pessoais (tutela pessoal) ou grupais de caráter concreto, o direito econômico trata de uma dimensão institucional, definindo determinada política econômica. No entendimento do ilustre jurista, os direitos sociais podem ser classificados em (a) direitos sociais relativos ao trabalhador, (b) direitos sociais relativos à seguridade, compreendendo os direitos à saúde, à previdência social e assistência social, (c) direitos sociais relativos à

¹⁷². DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editores Malheiros, 2005.

¹⁷³. Art. 6º da CRFB/88: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. Interessa-me, neste trabalho, especificamente, o estudo do direito à saúde.

¹⁷⁴. DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editores Malheiros, 2005.

educação e à cultura, (d) direitos sociais relativos à moradia, (e) direitos sociais relativos à família, criança, adolescente e idoso e (f) direitos sociais relativos ao meio ambiente:

Em certo sentido, pode-se admitir que os direitos econômicos constituirão pressupostos da existência dos direitos sociais, pois, sem uma política econômica orientada para a intervenção e participação estatal na economia, não se comporão as premissas necessárias ao surgimento de um regime democrático de conteúdo tutelar dos fracos e mais numerosos [...] Os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade¹⁷⁵.

Entretanto, José Afonso da Silva propõe uma classificação dos direitos sociais do homem, a partir de duas categorias: (a) produtor¹⁷⁶ e (b) consumidor. Nessa acepção, os direitos à saúde estariam na categoria do homem consumidor, incluindo também o direito à segurança social, ao desenvolvimento intelectual, o igual acesso das crianças e adultos à instrução, à formação profissional e à cultura e a garantia ao desenvolvimento da família. Como se nota, são os indicados no art.6º e desenvolvidos no título da ordem social¹⁷⁷.

É espantoso¹⁷⁸ como um bem extraordinariamente relevante à vida, como o direito à saúde, só com o advento da Carta Política de 1998, foi elevado à condição de direito fundamental do homem:

¹⁷⁵. Ibidem, p. 286 - 287.

¹⁷⁶. De acordo com o constitucionalista, são os previstos nos arts. 7º a 11 da Carta Política de 1988.

¹⁷⁷. DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editores Malheiros, 2005.

¹⁷⁸. O tema não era todo estranho à história do Direito Constitucional brasileiro, que atribuía competência à União para legislar sobre defesa e proteção da saúde. Entretanto, tinha sentido de organização administrativa de combate às endemias e epidemias. Com a Carta Constitucional de 1998, trata-se de um direito do homem. Cf. DA SILVA, José

E há de informar-se pelo princípio de que o direito igual à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual da ciência médica, independentemente, de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consagração em normas constitucionais¹⁷⁹.

Em sua análise no Direito Comparado, José Afonso da Silva entende que a Constituição Italiana foi a primeira a reconhecer a saúde como fundamental direito do indivíduo e interesse da coletividade (art.32). Depois, a Constituição portuguesa lhe deu uma formulação universal mais precisa (art.64), melhor do que a espanhola (art.43) e a da Guatemala (arts.93 a 100). Ressaltou como importante nessas quatro Constituições, a relação do direito à saúde com a seguridade social como ponto comum¹⁸⁰.

Assim, a Constituição de 1988 também incluiu a concepção do direito à saúde ao conceito de seguridade social, cujas ações e meios se destinam, também, a assegurá-lo e torná-lo eficaz¹⁸¹. Em relação aos mecanismos e aos aspectos organizacionais Da Ordem Social, a Constituição de 1988 declara que tal ordem tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social¹⁸². A ordem social forma com o título dos direitos fundamentais o núcleo substancial do regime democrático instituído¹⁸³.

A ordem social possui interseção com a ordem econômica, já que ela também se funda na valorização do trabalho e tem como objetivo assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, no plano formal (art.170, CRFB/88)¹⁸⁴.

É interessante observar que no campo econômico, a República Federativa Brasileira se fundamenta na valorização do trabalho e na livre

Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editores Malheiros, 2005, p. 308 - 309.

¹⁷⁹. Ibidem, p. 308.

¹⁸⁰. Idem.

¹⁸¹. Idem.

¹⁸². Art. 193, caput da Constituição Federal de 1988.

¹⁸³. Ibidem, p. 828.

¹⁸⁴. DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editores Malheiros, 2005.

iniciativa¹⁸⁵, permitindo a participação da iniciativa privada no mercado econômico, incluindo, a prestação de serviços através da contratação e convênios administrativos com o Estado. Todavia, é preciso ter cautela quanto à participação das entidades privadas no sistema de saúde pública, verificando em que medida deve-se permitir ou se delegar a responsabilidade da prestação de ações e serviços de saúde para o setor privado, sobretudo no âmbito da prestação da assistência psiquiátrica.

Ao comentar sobre a participação do setor privado no Sistema Único de Saúde, José Afonso da Silva enfatiza que o Poder Público é o responsável pelas ações e serviços de saúde, de acordo com o texto constitucional, valendo-se da expressão “ações e serviços públicos de saúde”, a fim de distinguir da “assistência à saúde pela iniciativa privada”, que a Constituição também admite a participação, de modo complementar, ao Sistema Único de Saúde, sendo vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos¹⁸⁶.

O art.199, §3º, da Constituição Federal de 1988 contém uma regra praticamente inócua, ao vedar a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no Brasil, salvo os casos previstos em lei. Segundo ele, como a lei pode prever todos os casos, não há limitação alguma e talvez não fosse mesmo o caso de proibir a participação de empresas ou de capitais estrangeiros, mas apenas a remessa de lucros provenientes de serviços de assistência à saúde¹⁸⁷.

De modo diverso, entendo que, primeiramente, o sistema jurídico não é capaz de prever todos os casos concretos, em razão da dinâmica social. Assim, é necessário que haja regulação estatal, caso exista interesse público, para a permissão das exceções de participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros, e não apenas o controle da transferência para o exterior da atividade lucrativa estrangeira.

¹⁸⁵. Art.1º, IV, da Constituição Federal de 1988.

¹⁸⁶. DA SILVA, José Afonso. op. cit.

¹⁸⁷. Idem.

A temática da saúde encontra-se compreendida e articulada ao conjunto integrado de ações, no âmbito da seguridade social, de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar direitos relativos inclusive à previdência e à assistência social. A proposta do Sistema Único de Saúde, prevista no texto constitucional, encontra-se vinculada à seguinte ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde, relacionando tal prerrogativa, inclusive à condição de cidadania.

Não depende do “mérito” de pagar a previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios¹⁸⁸.

Os direitos relativos à seguridade social regem-se pelos princípios da universalidade da cobertura (universalidade subjetiva) e do atendimento (universalidade objetiva), da igualdade ou equivalência dos benefícios, da unidade de organização, do caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados¹⁸⁹ e da solidariedade financeira, porque será financiada por toda a sociedade de forma direta ou indireta, assim como de recursos provenientes dos orçamentos públicos e das contribuições sociais¹⁹⁰. Pela redação do art.196 da Constituição de 1988, a saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, cabendo garanti-la mediante políticas sociais e econômicas, buscando a redução do risco de doenças e outros agravos.

Assim, antes de fazer alusão às ações e serviços de saúde, a Carta Magna aponta as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Questões como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para

¹⁸⁸. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 43.

¹⁸⁹. Art. 194, parágrafo único, VII da Constituição Federal de 1988.

¹⁹⁰. DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editores Malheiros, 2005.

plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as *políticas econômicas*. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir o risco às doenças e a agravos, compondo as *políticas sociais*. Agravos dizem respeito a quadros que não representam, e modo obrigatório, uma doença classicamente definida, como em acidentes, envenenamentos, dentre outros. Violência é o evento representado a partir de ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasiona danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. Acidente é o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, dos esportes e do lazer¹⁹¹.

O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e aos serviços que a promovem, protegem e recuperam¹⁹². Prosseguindo em seu entendimento, José Afonso da Silva afirma que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso, inteiramente sujeitos à regulamentação, à fiscalização e ao controle do Poder Público, nos termos da lei, a que cabe executá-los, diretamente ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado:

Se a Constituição atribui ao Poder Público o controle das ações e serviços de saúde, significa que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra fiscalização¹⁹³.

Dessa maneira, sob o prisma prático, a ausência ou a ineficiência de políticas públicas em saúde, tem no Poder Público seu principal assento, na figura dos agentes públicos da Administração que devem ser

¹⁹¹. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 44.

¹⁹². DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editores Malheiros, 2005, p. 831.

¹⁹³. *Ibidem*, p. 831.

responsabilizados pelas práticas de atos administrativos ilícitos, à revelia dos termos da lei.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o instrumento pelo qual o Poder Público cumpre seu dever na relação jurídica de efetivar o direito à saúde que tem no polo ativo, além dele, qualquer pessoa e a comunidade, já que o direito à promoção e à proteção da saúde é também um direito coletivo¹⁹⁴.

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde se estende à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública¹⁹⁵.

Observa-se que nessa análise, a sociedade não é somente a destinatária final das ações públicas de saúde, mas também coparticipante, de modo ativo das políticas do governo. É oportuno observar, na prática, deve-se averiguar em que medida a voz da sociedade é considerada nessa conjugação de decisões no campo da saúde, inclusive a saúde mental.

Uma vez aprovada a Constituição de 1988, com o advento de uma ruptura na ordem institucional brasileira e a promulgação de uma série de direitos e garantias fundamentais no *corpus legis* do Estado Democrático de Direito brasileiro, o Projeto de Lei Paulo Delgado (PL n. 3.657/89), por observância constitucional, deveria estar em harmonia com a Carta Magna, buscando inclusive articular sua proposta às diretrizes da Reforma Sanitária.

Apesar de ser compreendida como a radicalização da Reforma Sanitária¹⁹⁶, a Reforma Psiquiátrica, a partir da proposta do Projeto de Lei Paulo Delgado (PL n. 3.657/89), não discutiu a existência dos hospitais

¹⁹⁴. Idem.

¹⁹⁵. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

¹⁹⁶. YASUI, Silvío. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

psiquiátricos exclusivamente privados, bem como a sua extinção do novo cenário que se inauguraria com uma política nacional de saúde mental. Em que pese, a Constituição de 1988 permitir a participação privada no setor de saúde, ainda que de modo complementar, era importante que se discutisse com extrema cautela, em atenção ao histórico de críticas da prestação dos serviços em assistência psiquiátrica privada no país, já no texto do Projeto de Lei Paulo Delgado.

3.5. Histórico de acontecimentos na década de 1990 e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Na década de 1990, outros eventos são marcantes para as transformações jurídicas no âmbito da assistência psiquiátrica como a incorporação do INAMPS à estrutura do Ministério da Saúde. “O órgão da União que detinha a maior parcela dos recursos financeiros e assistenciais, agora se submetia às diretrizes do Ministério da Saúde¹⁹⁷.

Além disso, ocorreu a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, composta pela Lei n. 8.080/90 que regulamentou o Sistema Único de Saúde a partir da Carta Política de 1988, bem como a vigência da Lei n. 8.142/90 que tratou sobre o controle social e participação popular no controle das políticas públicas.

É importante ressaltar que a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90), foi obtida graças a uma intensa mobilização e articulação das forças políticas em favor da reforma, agrupadas na Plenária das Entidades de Saúde. Contudo, todos os artigos referentes à participação social foram vetados, obrigando a uma nova mobilização e à aprovação da Lei n. 8.142/90, que dispõe sobre a realização de Conferências e sobre os Conselhos de Saúde, tornando-os obrigatórios¹⁹⁸.

¹⁹⁷. SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M. C. A.; DA SILVA, P. R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 49.

¹⁹⁸. YASUI, Silvío. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

A Lei n. 8.142/90 passou a regular as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde entre a União, Estados e Municípios, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS.

A Conferência de Saúde deve ser convocada a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Portanto, não cabe a essa instância formular políticas, mas sim propor diretrizes para tal formulação, tendo em conta a análise da situação de saúde.¹⁹⁹

Estabeleceu também o Fundo Nacional de Saúde, com recursos para custeio e investimentos e impôs o repasse regular e automático para a existência das seguintes condições nos Estados, Distrito Federal e Municípios: Fundo de Saúde (Estadual e Municipal); Conselho de Saúde, com composição paritária, ou seja, metade de representantes de prestadores e trabalhadores do SUS; plano de saúde, relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e comissão para a elaboração do plano de carreira, cargos e salários²⁰⁰.

O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Entretanto, suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído, em cada esfera de governo²⁰¹.

Também nessa década, realizou-se a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, realizada em Caracas, Venezuela, convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde. Desde o início do século XX, é possível observar a presença no sistema de saúde brasileiro de três vias assistenciais²⁰²: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho.

¹⁹⁹. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 64.

²⁰⁰. Idem.

²⁰¹. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 64.

²⁰². Idem.

Desde as suas origens, tais subsistemas percorreram caminhos paralelos, de forma relativamente autônoma e respondendo a pressões distintas. Ao lado deles, pode-se identificar, também, a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a chamada medicina popular²⁰³.

No caso da saúde pública, as críticas dirigidas às campanhas sanitárias e as resistências da população às intervenções autoritárias possibilitaram o aparecimento de propostas de educação sanitária e de criação de centros de saúde, alterando o eixo das políticas de caráter coercitivo para medidas de natureza persuasiva²⁰⁴:

A organização dos serviços de saúde no Brasil antes do Sistema Único de Saúde vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente, a coletividade, conhecidas como saúde pública, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho e ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial²⁰⁵.

Esse tipo de saúde pública não tinha qualquer integração com a medicina previdenciária implantada nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nem com a saúde do trabalhador. Separava, artificialmente, a prevenção e cura (tratamento), a assistência individual e a atenção coletiva, a promoção e a proteção em relação à recuperação e à reabilitação da saúde²⁰⁶.

Com o objetivo de democratizar a saúde e por entendê-la como instrumento de transformação da sociedade, para além de facilitar o acesso às ações e serviços públicos de saúde, o movimento da Reforma Sanitária buscou apresentar soluções para o cenário político brasileiro de abertura democrática, elevando o direito à saúde à categoria de direito social.

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, editou-se o relatório final do evento que inspirou o capítulo “Saúde” da

²⁰³. Idem, p. 30.

²⁰⁴. Idem.

²⁰⁵. Idem, p. 31.

²⁰⁶. Idem, p. 31.

Constituição de 1988, desdobrando-se, posteriormente, nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). “Na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o Poder Público, mediante a ação de movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro²⁰⁷.

Com o advento da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, houve a previsão da regulação jurídica da saúde em todo o território brasileiro, incluindo as ações e serviços exercidos por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado (art.1º da Lei 8.080). Em linhas gerais, a retomada dos direitos e garantias fundamentais previstas na Carta Magna de 1988 pela Lei n. 8.080/90 demonstra um reforço político na concretização do direito à saúde, consolidando a maior política de inclusão social no setor da saúde do Brasil, demarcando a ideia de cidadania sanitária²⁰⁸.

O Sistema Único de Saúde implica ações e serviços federais, estaduais, distritais (DF) e municipais, regendo-se pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e da participação da comunidade, que confirma seu caráter de direito social pessoal, de um lado, e de direito social coletivo, de outro. É também por meio dele que o Poder Público desenvolve uma série de atividades de controle de substâncias de interesse para a saúde e outras destinadas ao aperfeiçoamento das prestações sanitárias²⁰⁹.

Ao se referir às ações e serviços de saúde prestados por pessoas naturais ou jurídicas, poder ser interpretada como capaz de interferir na medicina liberal e na medicina empresarial, por exemplo. Do mesmo modo, ao contemplar entidades jurídicas de direito público ou privado, essa regulação poder se dirigir a serviços e ações de saúde realizados por

²⁰⁷. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 40.

²⁰⁸. Idem.

²⁰⁹. DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editores Malheiros, 2005, p. 831.

fundações públicas, instituições filantrópicas e empresas privadas, como as que comercializam planos de saúde²¹⁰.

Embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu, formalmente, a saúde como direito social. Como referido anteriormente, antes de 1988 somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica, através dos serviços prestados pelo INAMPS²¹¹.

É dever do Estado promover as condições indispensáveis para o exercício do direito fundamental à saúde pelos cidadãos, compreendendo, assim, as ações de planejamento financeiro e orçamentário na execução de políticas públicas²¹², não excluindo os deveres dos cidadãos, da família, das empresas e da sociedade.

Em alguma medida, há responsabilidade solidária na promoção da saúde coletiva. Entretanto, faz-se imperioso ressaltar que o discurso político de “ineficiência do sistema de gestão no campo da saúde”, bem como na avaliação dos resultados da execução das políticas públicas não deve ter como protagonista principal, pela ausência ou péssima gestão estatal, a sociedade.

Em outras palavras, sob a alegação discursiva da “responsabilidade compartilhada com a sociedade” não se deve encobrir o fracasso no planejamento e na execução da gestão pública em saúde, que muitas das vezes responsabiliza os cidadãos mais necessitados economicamente, pela incompetência estatal em realizar um planejamento sanitário adequado.

À época dos debates legislativos do Projeto Paulo Delgado, o art. 3º da Lei n. 8.080/90 já apresentava o conceito de saúde como resultado de fatores determinantes e condicionantes como alimentação, moradia,

²¹⁰. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 52.

²¹¹. Ibidem, p. 41.

²¹². Entendidas como políticas econômicas e sociais, de caráter preventivo, visando à redução de riscos de doenças e outros agravos, além de determinar a garantia de acesso universal e igualitário aos serviços de saúde (art. 2º, §1º da Lei n. 8.080 de 1990).

saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais²¹³, com previsão de garantia, inclusive, do bem-estar mental. A saúde, portanto, como direito social.

Portanto, para compreender o campo da saúde mental é necessário observá-lo, a partir de uma análise psicossocial, de modo que as discussões acadêmicas e legislativas sobre o conceito de saúde, inclusive mental, estejam alinhadas à observância legislativa da concepção de saúde, inclusive, como resultado de determinantes sociais.

Nessa construção do esquema organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), o legislador infraconstitucional estabeleceu que a iniciativa privada deveria assumir o caráter complementar²¹⁴, cabendo a primazia do Poder Público nas ações e serviços no âmbito da administração pública direta e indireta e nas fundações mantidas pelo recurso público:

Para muitos fica a impressão de que a Constituição não definiu se a saúde deve ser considerada um bem público ou um serviço a ser comprado no mercado. Na realidade, essa ambiguidade resultou dos embates e acordos políticos no processo constituinte. Representa o que foi possível conquistar naquele momento pelos deputados que defendiam a criação do SUS, embora viesse a ter consequências problemáticas depois. Segundo a Constituição, as ações e serviços públicos que compõem o SUS seriam complementados mediante contrato com serviços privados que, nesses casos, deveriam funcionar como se públicos fossem. Assim, o SUS seria organizado a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com estabelecimentos públicos e privados contratados, sob a égide do direito público²¹⁵.

Em vista disso, a iniciativa privada como complementar deveria se encontrar vinculada às diretrizes do Poder Público, não podendo realizar ações e serviços de saúde de forma diversa da política pública promovida

²¹³. Importante salientar que se trata de rol não taxativo, compreendendo também outras ações que se destinem a garantir às pessoas e coletividades condições de bem estar físico, mental e social (art. 3º, parágrafo único da Lei n. 8.080). Com o advento da Lei n. 12.864, de 2013, houve nova redação do art. 3º da Lei 8.080/90 e nela foi também incluída a atividade física como determinante e condicionante da saúde.

²¹⁴. Art. 4º, 2º da Lei n. 8.080 de 1990.

²¹⁵. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 47.

pelo Estado. Buscou-se, assim, controlar e reduzir, à época, a participação hegemônica das entidades privadas na prestação de serviços de saúde.

A participação do setor privado na assistência à saúde no Brasil, inclusive à saúde mental era altamente lucrativa e não correspondia à altura de um tratamento humanitário e digno às pessoas em sofrimento psíquico. Tendo em vista o fim da hegemonia do deslocamento dos recursos orçamentários do governo para a assistência privada, permitiu-se, por razões políticas a integração, de modo complementar, da participação privada no Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, caminhou a proposta de Lei Antimanicomial do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) não compreendendo a exclusão da participação dos hospitais psiquiátricos exclusivamente privados na prestação de assistência psiquiátrica, buscando, sobretudo, o fim do manicômio público e dos contratos de prestação de serviço privado para o setor público.

Em sentido inverso ao anseio das mobilizações sociais, marcadas pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, permitiu-se, além da gestão privada no campo da saúde mental, a então permanência do “hospital psiquiátrico” dito especializado e humanizado.

Na prática, a gestão da saúde pública no Brasil, a partir de 1990, tornou o caráter complementar da assistência privada o modelo hegemônico de procura de ações e serviços em saúde na sociedade civil, deslocando o SUS para um papel secundário de atendimento, sobretudo, aos setores mais desfavorecidos economicamente.

É curioso reconhecer que ainda nessa quadra histórica, as políticas neoliberais praticadas pelo governo brasileiro, buscando consolidar a ideia de Estado gerencial, em detrimento ao modelo estatal burocrático no campo da saúde, permitiu com que o setor privado permanecesse sem “regulação jurídica” até o advento da Agência Nacional de Saúde (ANS), autarquia criada em 2000, ligada ao Ministério da Saúde.

Sob o ponto de vista da Reforma Psiquiátrica que já se encontrava em andamento, a partir das discussões na Câmara dos Deputados, mesmo que as ações em saúde mental fossem executadas pela rede privada, elas não poderiam deixar de pertencer, em caráter complementar, a estrutura maior do plano da gestão pública, que trazia a proposta de “extinção dos manicômios públicos e sua substituição por outros serviços”.

Nesse sentido, o SUS tem por objetivo a formulação de política de saúde destinada à promoção dos direitos sociais no campo econômico e social²¹⁶. Não é somente a assistência ao serviço básico de saúde, mas ao conjunto de fatores que compreende a experiência da saúde, não somente no plano biológico, mas nas esferas sócio-econômicas²¹⁷.

Dentro do âmbito de atribuições do SUS, além de outras, está incluída a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.²¹⁸ Assistência farmacêutica envolve o abastecimento de medicamentos em todas as suas etapas, incluindo a conservação, o controle de qualidade, a segurança, a eficácia terapêutica, o acompanhamento, a avaliação do uso, a obtenção e a difusão de informação sobre eles, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, de forma a assegurar seu uso racional²¹⁹.

Em relação às diretrizes e aos princípios do SUS, as ações e serviços públicos de saúde, devem observar o mandamento constitucional previsto no art.198 da Carta Política de 1988, obedecendo ainda, dentre outros, os princípios da universalidade de acesso (art. 7º, I)²²⁰, integralidade de

²¹⁶. Art. 5º, II da Lei n. 8.080 de 1990.

²¹⁷. Além desse objetivo, consta também a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como a previsão da assistência com a realização integrada de ações assistenciais e atividades preventivas (art. 5º, I e III da Lei n. 8.080/90).

²¹⁸. Art. 6º, I, “d” da Lei n. 8.080 de 1990.

²¹⁹. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 52.

²²⁰. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 45: “O que significa acesso universal (grifo do autor)? Significa a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural. Acesso universal, repetindo, é para todos – ricos e pobres, homens e mulheres, velhos e crianças, nordestinos e sulistas, negros e brancos, moradores da cidade e do campo, índios e quilombolas, analfabetos e letrados, independentemente de raça, etnia ou opção sexual”.

assistência (art. 7º, II)²²¹, preservação da autonomia das pessoas, incluído a preservação da sua integralidade física e moral (art. 7º, III)²²², igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios (art. 7º, IV)²²³, direito à informação sobre sua saúde (art. 7º, V), participação da comunidade (art. 7º, VIII)²²⁴ e a descentralização político-administrativa dos serviços²²⁵, além da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos (art. 7º, IX e XI). A equidade não consta entre os princípios

²²¹. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 50: “O atendimento integral, como destacado, anteriormente, envolve a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Mas, além de ser integral, o atendimento no SUS deve priorizar as atividades preventivas. Essas ações são realizadas para evitar que as pessoas adoçam, se acidentem ou se tornem vítimas de outros agravos. Podem ser aplicadas aos indivíduos, como as vacinas, ou coletivamente, para toda uma população, como combate ao mosquito da dengue ou o controle sobre a qualidade da água e dos alimentos. Esta prioridade, todavia, não deve prejudicar os chamados serviços assistenciais, ou seja, os que cuidam das pessoas doentes. Não sendo possível eliminar as doenças, violências e acidentes, sempre se faz necessário e inadiável assegurar o cuidado oportuno para as pessoas. O sistema de saúde tem de garantir uma assistência efetiva e de qualidade, capaz de resolver esses problemas tão logo apareçam. Esta diretriz do SUS, que busca compatibilizar as ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, é conhecida como integralidade da atenção. Representa uma inovação nos modos de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população de um bairro ou de uma cidade”.

²²². PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 52: “O respeito à dignidade humana e a liberdade de escolha das pessoas sustentam o princípio da autonomia dos cidadãos diante das ações e serviços de saúde colocados à sua disposição. As decisões informadas e as escolhas saudáveis supõem a emancipação dos sujeitos e não a tutela ou imposição do poder público. Mesmo em situações excepcionais, como no caso de epidemias que requeiram algum grau de restrição de liberdade individual, as pessoas devem ser informadas e esclarecidas para poderem colaborar com a proteção do conjunto da população”.

²²³. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 45: “O que quer dizer acesso igualitário ? Quer dizer acesso igual para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito. Quer dizer que a igualdade é um valor importante para a saúde de todos. Todavia, em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais, priorizando os que mais necessitam para poder alcançar a igualdade”.

²²⁴. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 50 - 51: “A participação da comunidade expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde. Trata-se de uma recomendação de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), para o desenvolvimento de sistemas de saúde, especialmente a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978. No caso brasileiro, a participação da comunidade era, também, um dos caminhos para a superação do autoritarismo impregnado nos serviços e práticas de saúde desde os governos militares, criando espaços para o envolvimento dos cidadãos nos destinos do sistema de saúde. Além da perspectiva do exercício da democracia no cotidiano dos serviços de saúde, esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS. Assim, a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento das soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde”.

²²⁵. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 49: “A descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas. Significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica. Nesse sentido, as decisões não devem estar centralizadas em Brasília, sede do governo federal. As decisões do SUS seriam tomadas em cada Município, Estado e Distrito Federal, por meio das respectivas secretarias de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde coordenar a atuação do sistema no âmbito federal. Isso é o que a Constituição define como diretriz da descentralização com comando único em cada esfera do governo”.

do Sistema Único de Saúde (SUS), seja na Constituição de 1988, seja na Lei Orgânica da Saúde²²⁶:

O princípio central nesses marcos legais é a igualdade. Sem entrar na polêmica acerca das diversas conotações da noção de equidade, o SUS poderia atender as pessoas e as coletividades de acordo com as suas necessidades, mediante a diretriz de utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática. A possibilidade de oferecer mais recursos para os que mais precisam estaria fundamentada por essa orientação, em vez de recorrer a noções ambíguas como equidade e “discriminação positiva”, acionadas por organismos internacionais que não apoiam o desenvolvimento de sistemas de saúde universais²²⁷.

Além da importância desses princípios e diretrizes para a gestão do SUS, o reconhecimento das condições de vida como determinantes e condicionantes da saúde, indica uma concepção que ultrapassa as dimensões biológicas e ecológicas da saúde dos indivíduos e da coletividade. Ao alcançar a dimensão social, a Lei n. 8.080/90 adota um conceito ampliado de saúde, especialmente, quando admite que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país²²⁸.

Explicando melhor: se pretendermos melhorar a saúde da população, temos de atuar, especialmente, sobre os determinantes vinculados às condições de vida. Do mesmo modo, se queremos elevar os níveis de saúde de toda a população, precisamos interferir na estrutura econômica e política do Brasil²²⁹.

O art. 7º, *caput* da Lei n. 8.080 afirma que essas orientações na condução da prestação de atendimento em saúde deverão ser seguidas pelos serviços públicos e serviços privados contratados ou conveniados, não tratando de modo expresso dos serviços exclusivamente privados, conhecidos como Sistema de Desembolso Direto (SDD)²³⁰.

²²⁶. Idem.

²²⁷. Ibidem, p. 57 - 58.

²²⁸. Idem.

²²⁹. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 53.

²³⁰. Todavia, à luz da interpretação constitucional, é razoável que a prestação do serviço complementar,

Entretanto, o art. 22 da Lei n. 8.080/90 afirma que os serviços privados de assistência à saúde deverão observar os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde, quanto às condições para seu funcionamento, configurando, assim, uma alteração profunda no arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde.

Os serviços privados conveniados ao Estado devem se submeter às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo ao Estado, na esfera privada, manter o equilíbrio econômico e financeiro do contrato²³¹.

Fica assegurada a gratuidade das ações e serviços de saúde nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas²³². Assim, as ações e serviços de saúde poderiam ser executados pelo SUS, diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada organizada, de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade²³³.

Além disso, houve a previsão de consórcios municipais e comissões intersetoriais de âmbito nacional dentre as propostas de planejamento na promoção e execução de serviços em saúde²³⁴. Nesse sentido, o art. 18, VII da Lei n. 8.080/90, quando à direção municipal do SUS, apresenta como uma das suas competências, a formação de consórcios administrativos e intermunicipais.

exclusivamente privado, da assistência em saúde no Brasil não ignore os pressupostos de atendimento da política nacional de saúde, inclusive mental.

²³¹. Art. 26, § 2º da Lei n. 8.080 de 1990. Além disso, aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (art. 26, §4º da Lei n. 8.080 de 1990).

²³². Art. 43 da Lei n. 8.080 de 1990.

²³³. A direção do Sistema Único de Saúde é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal de 1988, sendo exercida em cada esfera de governo pelos órgãos, no âmbito da União, o Ministério da Saúde, nos âmbitos dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente (art. 9º, I, II e III da Lei n. 8.080 de 1990).

²³⁴. Segundo a inteligência do art. 10 da Lei n. 8.080 de 1990, os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (art. 12, parágrafo único, da Lei n. 8.080 de 1990). O art. 13 da Lei n. 8.080 de 1990 assinala a área de abrangência da articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais.

Compete também ao âmbito de atribuições da esfera municipal a possibilidade de celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controle da sua execução²³⁵, além de controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde²³⁶.

Quanto à formação e à educação continuada dos recursos humanos do SUS, instituiu-se as Comissões Permanentes, articuladas com as instituições de ensino profissional e superior²³⁷. Desse modo, a política de recursos humanos deve ser formalizada e executada, articulada pelas diferentes esferas de governo²³⁸.

O serviços de saúde nos hospitais universitário e de ensino integram-se ao SUS mediante convênio²³⁹. O SUS estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos entes da federação e às empresas nacionais²⁴⁰.

Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela iniciativa própria de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde²⁴¹.

Nesse sentido, se existisse proibição expressa no Projeto de Lei Antimanicomial do exercício da assistência psiquiátrica exclusivamente privada em hospital especializado, além da proposta de extinção dos

²³⁵. Art. 18, X, da Lei n. 8.080 de 1990.

²³⁶. Art. 18, XI, da Lei n. 8.080 de 1990.

²³⁷. Art. 14 da Lei n. 8.080 de 1990.

²³⁸. Tal política de recursos humanos na área da saúde deve cumprir os objetivos de organização de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal e a valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (art. 27, I e II da Lei n. 8.080 de 1990).

²³⁹. Art. 45 da Lei n. 8.080 de 1990. O art. 45, 2.º da Lei n. 8.080 de 1990 apresenta a hipóteses de em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços das Forças Armadas poderão se integrar ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

²⁴⁰. Art. 46 da Lei n. 8.080 de 1990.

²⁴¹. Art. 20 da Lei n. 8.080 de 1990.

manicômios públicos e dos leitos psiquiátricos em “hospitais privados” conveniados, a princípio, não se discutiria durante todo o percurso legislativo, seja na Câmara dos Deputados, seja no Senado Federal a possibilidade ainda da existência de hospital psiquiátrico exclusivamente privado.

A ausência de discussão nesse sentido, trata-se de um paradoxo, uma vez que se buscava construir uma política nacional de saúde mental que correspondesse aos anseios sociais mais humanos e às diretivas de uma “sociedade sem manicômio”, no clamor social, já que na prática se tinha inúmeros exemplos do fracasso da gestão pública e privada da loucura no Brasil.

Embora a Constituição de 1988 tenha assumido um caráter liberal-social e contemplado a participação da iniciativa privada no âmbito da economia brasileira e, por consequência, no mercado, acredito ser oportuno retomar a trajetória da participação privada na assistência psiquiátrica no Brasil e observar os lamentáveis resultados²⁴².

No campo da disciplina do mental, assuntos relacionados às políticas estatais, dada a repercussão, em razão da relevância e especificidade das possíveis restrições no campo dos direitos civis, sociais e políticos que as medidas jurídicas provocam na condição existencial e subjetiva da pessoa em sofrimento psíquico, entendo que as ações e serviços de assistência psiquiátrica durante o tratamento no hospital não deveria estar sob o cuidado privado, ainda que terceirizado e “regulamentado” pelo Estado.

Nessa altura, uma indagação se faz oportuna para prosseguir na análise: Se a Constituição de 1988 prevê a participação privada da assistência em saúde, ainda que de modo complementar e a Lei n.8.080/90 em seu escopo também registrou esse dispositivo jurídico, reforçando o caráter político dessa norma, poderia os debates legislativos da Reforma Psiquiátrica excluir a iniciativa da gestão do hospital psiquiátrico exclusivamente particular? Entendo de modo afirmativo, uma vez que se houvesse, desde a propositura do PL n. 3.657/89 até o fim das discussões legislativas,

²⁴². Nesse sentido ver, por exemplo, KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Saúde Mental e Antipsiquiatria em Santos**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.1, n.1, 2009.

expressa previsão ou proposta parlamentar do término de oferecimento desse serviço em hospitais psiquiátricos, extinguiria não somente os hospitais psiquiátricos públicos e os privados conveniados, mas também os exclusivamente privados.

Uma vez não questionada a existência da prestação da rede hospitalar exclusivamente privada e assegurada a sua livre iniciativa, possibilitou-se a inclusão dessa rede nas propostas que se consolidaram no Senado Federal, a partir da Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Quanto aos recursos privados, era vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos²⁴³.

A proposta aprovada para o SUS em nenhum momento considerou a exclusão da iniciativa privada na participação da gestão de saúde. O caráter de complementariedade estava associado à “insuficiência assistencial”, valendo-se de contratos ou convênios com a participação privada²⁴⁴, com preferência para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos²⁴⁵.

Os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde, aprovados no Conselho Nacional de Saúde²⁴⁶.

Ainda sob o aspecto financeiro e administrativo, a direção nacional do SUS é a responsável pela fixação dos critérios, valores e formas de reajuste e de pagamento da remuneração dos serviços contratados ou conveniados com a rede hospitalar privada devendo fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. Assim, se na prática há um colapso na gestão da

²⁴³. Art. 23 da Lei n. 8.080 de 1990. Atualmente, em razão da Lei n. 13.097 de 2015, além da revogação da proibição relatada acima prevista no art. 23 da Lei n. 8.080 de 1990, é permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos casos previstos nos incisos do art. 23. Dentre eles, a permissão de pessoas jurídicas instalar, operacionalizar ou explorar hospital e clínica especializados (art. 23, II, a da Lei n. 13.097 de 2015).

²⁴⁴. Art. 24, parágrafo único da Lei n. 8.080 de 1990.

²⁴⁵. Art. 25 da Lei n. 8.080 de 1990.

²⁴⁶. Art. 26 da Lei n. 8.080 de 1990.

saúde pública no cenário nacional, tal administração não é mera obra do acaso, do infortúnio, mas de ações estratégicas realizadas por agentes públicos que precisam ser responsabilizados, nos termos da lei.

Em relação ao financiamento do SUS, a receita estimada proposta pela direção nacional com a participação de órgãos da Previdência Social e da Assistência Social será concebida pelo orçamento da seguridade social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias²⁴⁷.

O sistema é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Com o advento da Emenda Constitucional n. 29/2000, ocorreu uma nova redação ao art. 198, prevendo que essas entidades aplicassem, anualmente, em ações e serviços de saúde pública recursos do produto de suas arrecadações tributárias e de transferências em percentagens e critérios estabelecidos em lei complementar, porém o art. 77 do ADCT, acrescido pela mesma Emenda, já estabelece o percentual de 5% para a União, 12 % para os Estados e 15 % para os Municípios e Distrito Federal, até a promulgação da referida lei complementar²⁴⁸. Os Conselhos de Saúde²⁴⁹ desempenharão o controle em cada esfera de atuação e a movimentação dos recursos financeiros do SUS. No âmbito federal, os recursos financeiros originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde (FNS)²⁵⁰.

A Lei n. 8.080 de 1990 afirma que o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde será ascendente, iniciando a partir dos

²⁴⁷. O art. 32 apresenta outras hipóteses de fontes e arrecadação de recurso para o SUS. As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão cofinanciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras (art. 32, §5º da Lei n. 8.080).

²⁴⁸. DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editores Malheiros, 2005, p. 831-832.

²⁴⁹. Constituição de espaços de representação institucional e participação social na gestão da saúde pública, buscando a autodeterminação da comunidade nos rumos das ações e serviços em saúde.

²⁵⁰. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser obedecidos os critérios previstos no art.35, segundo análise técnica de programas e projetos.

municípios até o nível federal, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde o estabelecimento das diretrizes para a elaboração dos Planos de Saúde, sendo proibida a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas.

É proibida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa²⁵¹. Assim, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas a utilização do recurso do SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei²⁵².

A proposta de gestão e administração do Sistema Único de Saúde consistia em conferir transparência nos atos administrativos e permitir a participação dos setores da sociedade civil nos rumos da gestão da saúde pública, transformando-se em política pública de inclusão social e de democratização da saúde. Nesse sentido, os órgãos colegiados deliberativos (Conselhos de Saúde) e os espaços institucionalizados (Conferência de Saúde) são representantes desses mecanismos de controle social e educação política no âmbito da saúde.

No contexto de transição da década de 1980 para 1990, houve um crescimento do mercado denominado saúde suplementar, composto pela assistência através da medicina de grupo, cooperativas médicas, planos de autogestão e seguros de saúde, constituindo-se um subsistema de serviços de saúde, denominado Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS) que vende no mercado planos de saúde²⁵³.

Consequentemente, apesar da Constituição e as leis se referirem a um sistema único, na verdade temos outros sistemas de saúde no Brasil, que se encontram voltados para o mercado, competem com o SUS e tornam mais complexa a relação público-privado: o setor de saúde suplementar e o Sistema de Desembolso Direto²⁵⁴.

²⁵¹. Art. 38 da Lei n. 8.080 de 1990.

²⁵². Art. 315, do Código Penal – Decreto-Lei n. 2.848/40.

²⁵³. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

²⁵⁴. Ibidem, p. 66.

Ao analisar o cenário político do início dos anos 1990, Jairnilson Silva Paim ressalta que muitos Estados e Municípios não se encontravam em condições de exercerem as competências e atribuições estabelecidas nessas leis²⁵⁵. Por outro lado, o governo federal resistia ao financiamento do SUS, mediante repasse regular e automático de recursos para as demais esferas de governo, recorrendo diante desse quadro, para a construção do SUS, a um conjunto de portarias, denominadas Normas Operacionais - NOB -91, NOB-93, NOB-96, NOB-96, NOAS-2000 e NOAS-2002.

Essas normas tiveram certa importância na história do SUS, mobilizando o interesse de gestores, técnicos e estudiosos do assunto. Todavia, foram ignoradas de um modo geral pela opinião pública, mídia, políticos, empresários e população²⁵⁶.

O Movimento Sanitário conseguiu imprimir avanços no Sistema Único de Saúde ao elevar a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, Juan S. Yazlle salienta que, a crise do sistema de saúde brasileiro ocorre por razões políticas, em descumprimento das diretrizes normativas²⁵⁷:

A grave crise que acomete o setor público da saúde no país é, antes de tudo, o resultado lógico da falta de vontade política daqueles que, derrotados na reforma da constituição, ganharam o poder central e dedicaram-se a inviabilizar a implantação do SUS. Esta política de oposição ao SUS, comandada pelos setores mercantilistas da saúde encontrou sustentação dentro da política neoliberal do governo Collor e se traduziu no protelamento da extinção do INAMPS, na centralização das decisões, no solapamento das bases financeiras do SUS com a desregulamentação do FINSOCIAL e nos vetos lei Orgânica da Saúde. Somente com o segundo Ministro da Saúde do período Collor e, principalmente após a IX Conferência Nacional de Saúde e o trauma do *impeachment*, é que iria mudar o rumo seguido pelo Ministério da Saúde: em 1993, após a significativa publicação de um documento intitulado A CORAGEM DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR A LEI, o terceiro Ministro da Saúde do período

²⁵⁵. Idem.

²⁵⁶. PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 66.

²⁵⁷. ROCHA, Juan S. Yazlle. **Sistema Único de Saúde: Avaliação e perspectivas**. Revista Saúde e Sociedade – São Paulo, v.3, n.1, 1994.

Collor-Itamar sentaria as bases para a descentralização da saúde, cinco anos após a promulgação da Constituição, propondo uma transição gradualista de gestão: incipiente, parcial, semiplena e plena²⁵⁸.

Juan S. Yazlle ressalta que a prerrogativa jurídica da descentralização das ações de saúde pública traduz o caminho para a efetividade do Sistema Único de Saúde. A redistribuição do poder, estabelecendo novas relações entre as esferas de governo; as dimensões políticas sociais e culturais do processo; a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde paritários e deliberativos; a responsabilidade pelo financiamento da saúde que deve ser compartilhada pelas 3 esferas de governo (vide a Norma Operacional Básica 01/93, Portaria n. 454 Ministério da Saúde 20/05/93). Além dos conselhos já existentes, foram criadas as Comissões Intergestores Bi e Tripartites, reunindo representantes dos respectivos níveis de governo²⁵⁹.

De modo crítico, Juan S. Yazlle Rocha relatou a falta de vontade política para a implementação do modelo de saúde que, embora atendesse a maioria da população, contrariava, historicamente, os interesses ideológicos do setor privado. Argumentou-se com dificuldade de regulamentar o art. 35 da Lei Orgânica de Saúde que estabelece os critérios populacionais e epidemiológicos para efetivação dos repasses financeiros; com isto se mantém o pagamento por produção, fator de distorção que renumera melhor quem possui maior capacidade instalada de serviços; gastariam-se meses para discutir minutas de convênio entre a união e os municípios para “legalizar” repasses fundo a fundo, previstos em lei ainda não cumprida.

Reduziu-se o investimento financeiro federal na saúde de 80 dólares/hab/ano em 1989 para menos de 40 dólares em 1993 de forma que a falta de recursos financeiros desestimulou os municípios a assumir a gestão local do SUS; foi diminuído o repasse de recursos do orçamento da seguridade social para o Ministério da Saúde, ao arrepio da Lei; mais tarde,

²⁵⁸. Ibidem, p. 5.

²⁵⁹. Ibidem, p. 5 - 6.

o pagamento pelas empresas da dívida do Finsocisal foi parcelado em 80 meses²⁶⁰.

Assim, na prática, as Comissões e Conselhos de Saúde não conseguiram efetivar a participação da sociedade civil no controle social das políticas de saúde pública, como manifestação do poder local. Os setores contrários ao SUS questionavam a eficácia administrativa do setor público e da capacidade financeira de implementar um modelo universal e equânime. Nesse sentido, afirmavam que estava evidente a inviabilidade do planejamento da saúde pública brasileira:

De modo geral no setor da saúde, com o início do governo do presidente Collor, as expectativas em relação às propostas da Reforma Sanitária eram no sentido de que fossem regulamentadas e implementadas. Contrariando, toda e qualquer expectativa, já nos primeiros atos, o presidente deixa evidente a sua intenção de não investir em avanços na área social. Ele pretendia, sim, fazer o desmonte do que já existia, bem como não possibilitar meios para viabilizar o SUS, organizando em cada nível do governo em termos regionalizados e hierarquizados, com garantia de acesso universal e igualitário, com atenção integral descentralizada, com participação e controle social. A orientação neoliberal da política introduzida a partir desse governo, foi de encontro às propostas de caráter reformista, mesmo estando inscritas na Constituição, tornando-se quase impossível transformar em medidas concretas as conquistas sociais²⁶¹.

Além disso, a instalação das Comissões Bipartites Estaduais e Regionais significou a instauração de novos foros de análises da crise da saúde, com pouca interferência no controle da aplicação dos recursos e na definição das políticas. O mesmo podemos dizer da atuação dos Conselhos os quais, na maior parte das vezes, são tutelados e transformados em dóceis instrumentos das administrações²⁶².

²⁶⁰. ROCHA, Juan S. Yazlle. **Sistema Único de Saúde: Avaliação e perspectivas**. Revista Saúde e Sociedade – São Paulo, v.3, n.1, 1994, p. 6.

²⁶¹. DO AMARAL, Arlete Maria Moreira. **Reforma psiquiátrica e construção de práticas emancipadoras em saúde mental: desafios para enfermagem**. 267f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 1999, p. 47.

²⁶². ROCHA, Juan S. Yazlle. **Sistema Único de Saúde: Avaliação e perspectivas**. Revista Saúde e Sociedade – São Paulo, v.3, n.1, 1994, p. 7.

Os adversários do SUS pretendem demonstrar a sua inviabilidade, ainda que não tivesse tido oportunidade de ser integralmente implantado. Os que não puderam impedir os avanços inscritos na Constituição e conseguiram impedir a sua implementação agora se reorganizam para planejar o retrocesso²⁶³.

Dentro desse panorama político, o processo de implementação do SUS tornou-se um assunto administrativo-gerencial, problematizando a forma de condução das políticas públicas e da representação do papel do Estado na efetivação dos direitos sociais, a partir da Constituição Cidadã (1988).

²⁶³. Ibidem, p. 10.

Capítulo 4

O Processo Legislativo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (1989-2001)

4.1 Processo legislativo do Projeto de Lei n. 3.657/89: trajetória e atividade legiferante

A edição de atos normativos primários que instituem direitos e criam obrigações é função típica do Poder Legislativo. O art. 59 da Constituição Federal de 1988 lista os instrumentos normativos compreendidos para a regulação. Assim, o conjunto de atos que uma proposição normativa deve cumprir para se tornar uma norma de direito forma o processo legislativo, que é objeto de regulação na Constituição e por atos internos no âmbito do Congresso Nacional¹.

O projeto de lei deve ter início na Câmara dos Deputados, se não resulta de iniciativa de senador ou comissão de Senado. Dessa forma, a iniciativa é denominada comum (ou concorrente) se a proposição normativa puder ser apresentada por qualquer membro do Congresso Nacional ou por ainda cidadãos, no caso da iniciativa popular (art. 61, §2º, CFRB/88). A iniciativa é comum, nos casos em que o constituinte originário não restringiu o âmbito de titularidade, seja reservando² à determinados órgãos, seja atribuindo ao Presidente da República³.

¹. MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 4. Ed. Rev. São Paulo: Saraiva, 2009.

². MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 4. Ed. Rev. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 916: “Em algumas hipóteses, a Constituição reserva possibilidade de dar início ao processo legislativo a apenas algumas autoridades ou órgãos. Fala-se, então, em iniciativa reservada ou privativa. Como figuram hipóteses de exceção, os casos de iniciativa reservada não devem ser ampliados por via de interpretativa. A iniciativa privada visa subordinar ao seu titular a conveniência e oportunidade da deflagração do debate legislativo em torno do assunto reservado.

³. MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito**

4.2 Câmara dos Deputados: Plenário

Destarte, por iniciativa concorrente, foi proposto o Projeto de Lei n. 3.657 (ANEXO I) pelo deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), em 12 de setembro de 1989⁴, no Plenário da Câmara dos Deputados, cuja ementa inicial dispunha sobre “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória”⁵. Tal regime de tramitação ocorreu, em caráter de urgência, com fulcro no art. 155 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, em razão de matéria relevante e de inadiável interesse nacional⁶ permanecendo, inicialmente, por um ano nessa Casa em discussões preliminares até o encaminhamento para o Senado Federal.

O caráter de urgência da tramitação do Projeto de Lei n. 3.657/89, decorrente da mobilização social iniciada pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1987, que denunciou a violência institucional dos hospitais psiquiátricos brasileiros e as precárias condições de trabalho dos profissionais em saúde mental, buscou a edição de uma nova regulação jurídica para assistência psiquiátrica brasileira.

No que diz respeito à representação social da loucura, a ideia de doença mental foi a denominação que na modernidade justificou a exclusão social do louco e mediou a relação que esta construiu com a loucura. A enfermidade mental foi o outro da cidadania. Ao prometer restituir ao louco, através do tratamento, sua condição de cidadão, devolvendo-lhe a razão perdida, legitimou as práticas de exclusão que se aplicavam ao doente mental. A noção de cidadania e a ideia de normalidade apresentavam-se como verso e reverso da mesma moeda⁷. Era necessário, portanto,

Constitucional. 4. Ed. Rev. São Paulo: Saraiva, 2009.

⁴. A apresentação da proposição do Projeto de Lei Antimanicomial foi publicada no **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV - n. 115** de 13 de setembro de 1989, p. 9.275.

⁵. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV - n. 115** de 13 de setembro de 1989, p. 9.275.

⁶. Art. 155. Poderá ser incluída automaticamente na Ordem do Dia para discussão e votação imediata, ainda que iniciada a sessão em que for apresentada, proposição que verse sobre matéria de relevante e inadiável interesse nacional, a requerimento da maioria absoluta da composição da Câmara, ou de Líderes que representem esse número, aprovado pela maioria absoluta dos Deputados, sem a restrição contida no § 2º do artigo antecedente.

⁷. LEAL, Erotildes Maria. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde**

construir uma noção de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, a partir da realidade histórica e não a ideia cidadã em sentido abstrato e universal, tal como os valores das revoluções liberais do século XVIII:

A loucura só se teria tornado problemática com o advento da modernidade democrática, com seus ideais igualitários. O louco passa a inquietar não porque seja a encarnação da alteridade radical, insurportável para a razão universal vitoriosa, mas porque se transforma num semelhante, num outro homem com o qual é preciso comunicar-se e a quem deve prestar cuidado, atenção e tratamento⁸.

Dessa forma, o debate antimanicomial foi marcado e influenciado pela conjuntura de transição política, no Brasil, em razão do cenário de reabertura democrática, da luta pelo exercício de cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, com críticas intensas ao período de autoritarismo militar que contribuiu para ampliação dos leitos psiquiátricos, através da privatização e financiamento da prestação do serviço de saúde, inclusive mental.

Nesse sentido cumpre destacar o entendimento do psiquiatra forense Ivan de Moura Fé, que apresenta indagações sobre a que serve a ciência e a quem aproveita o saber, ao que responde que o saber, inclusive o saber psiquiátrico, não pode contribuir para o desrespeito, a discriminação, a subjugação do ser humano, antes deve, sim, buscar harmonizar a ciência e a moral, colaborar para que ele cresça e alcance em toda a plenitude sua liberdade, realizando plenamente sua dimensão humana⁹.

Nas décadas de 1960 e 70, a Previdência Social priorizou a compra de serviços dos hospitais privados, por meio de convênios, comprometendo, como consequência prática, grande parcela do orçamento público destinado aos cuidados com a saúde pública. Sob a argumentação de

mental de Santos. 198f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 1994, p. 179.

⁸. JUNIOR, Benilton Bezerra. **Cidadania e Loucura: um paradoxo?**. In: JUNIOR, Benilton Bezerra; AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992, p. 120.

⁹. FÉ, Ivan de Moura. **A saúde mental no Brasil e o projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado**. In: DE MORAES, Talvane (Org). **Ética e Psiquiatria Forense**. Editora IPUB, 2001, p. 265 - 266.

proporcionar melhor assistência médica para a sociedade, a contratação de serviços médicos privados, ocasionou o “crescimento rápido do número de internações de doentes mentais, bem como o aumento do número de reinternações e do Tempo Médio de Permanência Hospitalar”¹⁰.

A partir da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, evento considerado o estopim para o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, os profissionais do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira (CJM)¹¹ e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todos do Rio de Janeiro, deflagraram uma greve em abril de 1978¹²:

Assim nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade¹³.

Quanto às correntes reformadoras de maior repercussão internacional que influenciaram o projeto crítico do MTSM, destacam-se a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones, a Psicoterapia Institucional de Tosquelles, a Psiquiatria de Setor, de Bonnafé, a psiquiatra preventiva de Caplan, a Antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e, posteriormente, a Psiquiatria Democrática Italiana.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental caracterizou-se por não ser institucionalizado¹⁴. Além disso, tinha uma composição

¹⁰. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 59.

¹¹. Para maior compreensão do tema ver VENÂNCIO, Ana Teresa A.; POTENGY, Gisélia Franco (Org). **O asilo e a cidade. Histórias da Colônia Juliano Moreira**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

¹². AMARANTE et al, op. cit.

¹³. AMARANTE et al, op. cit, p. 52.

¹⁴. A atuação do movimento pôde ocorrer sob sua própria identidade, mas, também, no interior de outras organizações políticas, tais como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), os sindicatos das categorias da saúde e de outras categorias, as associações médicas, os Conselhos (CRM, CFM, CRP, CFP, CREFITO, CRAS, etc.), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Brasileira de Imprensa (ABI), as associações comunitárias de familiares e/ou de psiquiatrizados, as Pastorais da Saúde, dentre outras em menor escala e por menor tempo. Cf. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda

profissional interna diversificada. Foi 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 mental¹⁵.

Entendo que, diferentemente de Rosemary Corrêa Pereira, já nesse momento do debate legislativo, na Câmara dos Deputados, existiram questões importantes e controversas que foram discutidas, já assinalando as preocupações e temas tratados, posteriormente, no Senado Federal a exemplo da problemática relacionada à recepção da Psiquiatria Democrática italiana no contexto político brasileiro¹⁶.

Segundo a psicóloga, 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 aprovação¹⁷.

Em 28 de setembro de 1989, ocorreu a leitura do Projeto de Lei no Plenário da Câmara dos Deputados, ocasião em que também foi apresentada a sua justificativa, além da publicação da matéria, endereçada às Comissões de Constituição e Justiça e Redação (CCJR); e de Saúde, Previdência e Assistência Social (CSPAS).

O Projeto de Lei Antimanicomial (PL n. 3.657/89) tinha por diretriz inicial no art. 1º “a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos, em todo o território nacional, bem como a contratação ou financiamento, pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico”¹⁸. Prevvia também o atendimento em administrações regionais de

Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

¹⁵. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

¹⁶. PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: o processo de formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)**. 2004. 216f. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

¹⁷. Ibidem, p. 109.

¹⁸. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127** de 29 de setembro de 1989, p. 10.696.

saúde (art.2º do PL n 3.657/89) a internação psiquiátrica compulsória (art. 3º do PL n. 3.657/89) e a revogação das disposições em contrário, especialmente, aquelas constantes do Decreto-Lei n. 24.559, de julho de 1934 (art.4º do PL n. 3.657/89)¹⁹.

As administrações (secretarias estaduais, comissões regionais e locais e secretarias municipais) de saúde teriam a incumbência de estabelecer o planejamento e a implementação de recursos não-manicomiais de atendimento – unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros - visando a progressiva extinção dos leitos de características manicomiais (art. 2º do PL n. 3.657/89)²⁰.

Em uma análise hermenêutica inicial do Projeto Antimanicomial, nota-se que, a preocupação precípua não era a extinção dos verdadeiros hospitais psiquiátricos privados. A proposta do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) era a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos públicos no Brasil e o controle da expansão e da contratação dos hospitais psiquiátricos privados conveniados ao Estado, diferentemente do hospital psiquiátrico privado que não dependia do contrato público para sua sobrevivência²¹.

Assim, o cenário de prestação da assistência psiquiátrica no Brasil, até o início dos debates legislativos no Congresso Nacional, correspondia a uma rede hospitalar complexa, envolvendo (a) hospitais públicos, (b) hospitais privados com convênio público para a prestação de serviços psiquiátricos e (c) hospitais exclusivamente privados.

Em exame comparado com a Lei n. 180 de 1978 (Lei Basaglia), a proposta do Projeto de Lei n. 3.547/89 também não compreendeu a extinção dos hospitais exclusivamente privados. Ainda de modo diferente da

¹⁹. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p.10.696 – 10.697.

²⁰. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.696.

²¹. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). *Locoucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 115.

proposta inicial do projeto brasileiro, a lei italiana ainda apresentou a possibilidade de convênio com hospital psiquiátrico privado, como decorre da leitura dos art. 1º, §3º e art. 6º, §5º ²².

É inegável que a Lei n. 180 contribuiu para a emancipação da pessoa em sofrimento psíquico no sentido de promover a cidadania do “louco” na Itália, ao ampliar direitos relacionados à autonomia do indivíduo (autodeterminação), na preservação de garantias de saúde²³, todavia ainda permitiu a existência do serviço privado psiquiátrico.

O médico psiquiatra Franco Basaglia, nos ciclos de conferências e debates em que esteve no Brasil (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte), em 1979, comentou que no dia seguinte à aprovação da Lei n.180, houve um pânico geral porque os doentes não seriam mais recolhidos ao hospital²⁴:

Os hospitais psiquiátricos e os hospitais normais não sabiam mais o que fazer. A imprensa reacionária começou os ataques como antes já havia feito em relação à lei do aborto [...] Como vocês sabem, a maioria das pessoas é levada ao manicômio contra a vontade. Agora, pela nova lei, é muito difícil forçar um internamento porque quem decide isso não é mais o chefe de polícia, como antigamente, mas o prefeito da cidade, isto é, a pessoa que foi eleita democraticamente pelo povo, o que espero que, dentro de alguns anos, possa acontecer com São Paulo, pois não acredito que essa situação seja eterna²⁵.

De fato, cabia aos Prefeitos, na Itália, o controle político-jurídico das internações e dos tratamentos sanitários obrigatórios (TSO), na qualidade de autoridade sanitária local, sob o parecer médico, à luz dos art. 1º, § 6º e art. 2º, § 3º da Lei n.180 de 1978.

²². Art. 1º, §3º: Os controles e os tratamentos sanitários obrigatórios (TSOS) a cargo do Estado e das instituições públicas são efetuadas pelos órgãos sanitários públicos territoriais e, nos casos de necessidade de internação, nas estruturas hospitalares públicas ou conveniadas. Art. 6º, §5º: As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano deverão especificar as instituições particulares de internação e tratamento, dotadas dos requisitos prescritos, nas quais poderão ser realizadas tratamentos sanitários e voluntários em regime de internação.

²³. Por exemplo, as previsões nos parágrafos 2º, 4º, 5º e 6º do artigo 1º da Lei n.180.

²⁴. BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil**. São Paulo: Editora Debates, 1982.

²⁵. Ibidem, p. 58.

Essas observações são oportunas, pois contribuirão nas análises das razões do Paulo Delgado (PT/MG), autor do Projeto de Lei n. 3.657/89, que em sua justificativa, além de não discutir e apresentar as considerações em relação aos limites e às possibilidades de outros modelos de Reforma Psiquiátrica como a Comunidade Terapêutica, a Psiquiatria de Setor, a Psicoterapia Institucional, Psiquiatria Preventiva e Antipsiquiatria, o parlamentar não apresentou óbice aos hospitais psiquiátricos exclusivamente privados, aqueles que não tinham convênio de prestação de serviço com o Estado. Dessa maneira, não enunciou a extinção dessas instituições psiquiátricas particulares.

É curioso que, embora com fundamento na Lei n.180 da Itália, a rigor, defenda-se a extinção total dos hospitais psiquiátricos públicos²⁶, ao preservar ainda o convênio privado. No caso brasileiro, a não vedação à assistência psiquiátrica exclusivamente privada no texto do Projeto de Lei Antimanicomial, possibilitou a preservação de argumentos conservadores e retrógrados nas negociações políticas dos parlamentares durante o trâmite do processo legislativo, associados pela indefensável permanência dos hospitais psiquiátricos especializados e “humanizados”.

Embora tenha apresentado alternativas a serem adotadas visando à extinção de leitos em hospitais com características manicomiais, o deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) não afirmou, expressamente, que essas medidas deveriam ser adotadas por todos os hospitais psiquiátricos privados, transformando-as, assim, em políticas públicas de saúde mental de ampla normatização no território nacional, ao alterar a regulação jurídica dos hospitais psiquiátricos particulares para outros modelos de assistência psiquiátrica. Isso deixou uma lacuna lógica²⁷, pois possibilitava ainda a

²⁶. É absolutamente proibido construir novos hospitais psiquiátricos, utilizar os já existentes como divisões psiquiátricas especializadas de hospitais gerais, instituir nos hospitais gerais seções psiquiátricas e utilizar como tais seções neurológicas ou neuropsiquiátricas (art. 7º, §7º da Lei n.180).

²⁷. A esse respeito, Adrian Sgarbi distingue, ao menos, quatro usos habituais do conceito de lacuna no ordenamento jurídico. Ver SGARBI, Adrian. **Introdução à Teoria do Direito**. (Coleção Filosofia e Direito). São Paulo: Marcial Pons, 2013, p. 130: ontológico, técnico, axiológico e lógico. Interessa-me, neste trabalho, o sentido do conceito de lacuna lógica, a saber: diz-se que há lacuna lógica quando houver exuberância de critérios utilizáveis, incompatíveis, habilitados para solucionar um mesmo caso. Portanto, para um mesmo comportamento estatuem-se comandos opostos que se anulam, gerando indeterminação acerca da conduta devida.

existência do hospital psiquiátrico privado como unidade especializada de internação.

O art. 2º, §2º do Projeto de Lei Antimanicomial estabelecia o rol de competências na coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial nas esferas estadual e federal e o §3º do artigo supracitado instituía o Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica (CERP) com representação voluntária dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, do Poder Público, da Ordem dos Advogados (OAB) e da comunidade científica. Tinha por função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo da sua finalidade²⁸.

De fato, a ampla participação da sociedade civil no processo de reconstrução do lugar social da pessoa em sofrimento psíquico no cuidado terapêutico era essencial para a reinserção do indivíduo no âmbito das atividades sociais. Ao relatar sobre o processo de alta hospitalar de uma pessoa, Franco Basaglia ressalta a importância da família e da sociedade na reinserção do indivíduo na vida comunitária²⁹:

Enquanto uma pessoa está vivendo num hospital, criam-se contradições espantosas dentro da família. A família se organizou de outra maneira, independentemente dessa pessoa. O pai ou a mãe encontram outros companheiros, os filhos não se lembram mais da mãe ou do pai. Então, essa pessoa, agora totalmente estranha ao grupo familiar, volta para a mesma família³⁰.

Assentado em uma perspectiva terapêutica presente, o médico psiquiatra italiano advertiu, afirmando que a loucura é uma condição humana tal como a razão³¹:

²⁸. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127** de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

²⁹. BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** Conferências no Brasil. São Paulo: Editora Debates, 1982.

³⁰. BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** Conferências no Brasil. São Paulo: Editora Debates, 1982, p. 30.

³¹. Idem.

O problema é que a sociedade, para ser civilizada, tem que aceitar tanto a razão quanto a loucura. Em vez disso, essa sociedade aceita a loucura como parte da razão, e a torna razão no momento em que existe uma ciência que se encarrega de eliminar a loucura. O manicômio tem sua razão de ser, porque torna racional o irracional. Quando alguém é louco e entra num manicômio, deixa de ser louco para tornar-se um doente. Então se torna racional enquanto doente. O problema é como desmanchar esse nó, ir além da loucura institucional e encontrar a loucura lá, onde ela se originou quer dizer, na vida³².

A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana criticaram a reforma psiquiátrica norte-americana que, a partir da perspectiva de “desinstitucionalizar”, buscou, precipuamente, reduzir as despesas do orçamento público, sendo denominada então de desospitalização, pois não visava à recuperação da pessoa que padecia mentalmente, mas fazia parte de uma política de governo de cortes financeiros, em razão dos altos custos.

Esperava-se que a argumentação do deputado Paulo Delgado (PT/MG) estivesse mais alinhada às ideias de desinstitucionalização de Basaglia, já que ao fundamentar o Projeto de Lei Antimanicomial a partir da perspectiva Psiquiátrica Democrática Italiana, além de não radicalizar com a proposta da Lei n. 180, rompendo com a previsão de permanência do hospital psiquiátrico, exclusivamente, privado; o privilégio do parlamentar pelo uso do conceito de “desospitalização” faz entender que por trás dessas mudanças desejadas havia o interesse maior de reduzir os custos dos hospitais psiquiátricos públicos e dos contratos e convênios suspeitos de corrupção com a rede psiquiátrica privada.

O art. 3º, § 1º apresentava a definição da internação psiquiátrica compulsória como aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico, autor da internação, sua caracterização como tal³³. A regulação da internação psiquiátrica compulsória já existia desde 1903, não sob essa ideia proposta

³². Ibidem, p. 33.

³³. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

que, notoriamente, revelava a definição do conceito de internação psiquiátrica involuntária como se mostra nas legislações do início do século XX. Assim, dentro do ordenamento jurídico brasileiro, a internação compulsória ocorria em virtude de determinação judicial.

A Defensoria Pública, segundo a proposta do Projeto de Lei Antimanicomial³⁴, assumiria relevância e preferência no âmbito da proteção judicial da pessoa com transtorno mental ao controlar a legalidade das internações e ter a competência de auditar, periodicamente, os estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Na Carta Política de 1988, pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro, foi instituída a Defensoria Pública³⁵ e ao interpretar sua função constitucional, o parlamentar lhe atribuiu condição de caráter judicial, além de outras funções equivocadas como controlar internações, sequestros ilegais e auditar estabelecimentos psiquiátricos, competências destinadas ao Ministério Público³⁶.

Paulo Delgado (PT/MG) ainda fez uso da noção de “sequestro” para ser referir ao ato de retirada da pessoa em sofrimento psíquico do convívio social para a internação em instituição hospitalar, termo incompatível com a previsão de direitos e garantias fundamentais da Constituição Cidadã recém aprovada à época, sobretudo, em relação às liberdades e garantias individuais, sociais e políticas. Observe que tal utilização pelo parlamentar é

³⁴ Art. 3º, caput e §§ 2º e 3º do PL n. 3.657 de 1989. Cf. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLIV - n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

³⁵ No art. 133, XXXII da Constituição de 1934 havia a previsão da assistência judiciária com proximidade à ideia de benefício de gratuidade judiciária, a partir da isenção de emolumentos, custas, taxas e selos. A Constituição de 1937 ficou silente em relação ao tema que foi retomado no art. 141, §35º da Carta de 1946 sob a expressão de assistência judiciária aos necessitados. No texto constitucional de 1967, no art. 150, §32º havia também a previsão de assistência judiciária na forma da lei – direito que permaneceu assegurado na Carta de 1969. A partir da promulgação da Constituição Cidadã de 1988, foi instituída a Defensoria Pública como instituição essencial à função jurisdicional do Estado (art. 134 da CF/88) com previsão de assistência jurídica e de defesa, em todos os graus, dos necessitados, na forma do art. 5º, LXXIV. Tal competência difere do conceito de assistência judiciária.

³⁶ Antes da Carta de 1988, já existia previsão constitucional do Ministério Público (arts. 95 a 98 da Constituição de 1934, art. 99 da Constituição de 1937, art. 125 da Constituição de 1946, arts. 137 a 139 da Constituição de 1967, preservando a posição topográfica na emenda constitucional de 1969). Assim, de forma inédita o art. 127 da CRFB/88 assegurou ao Ministério Público a função de instituição defensora dos interesses indisponíveis da sociedade, compreendendo a tutela da ordem jurídica, dos interesses sociais e individuais indisponíveis, cumprindo ora a função de custos legis (fiscal da lei), ora de legitimado ativo no exercício jurisdicional da tutela individual ou coletiva.

uma crítica à prática ilegal de internação incompatível com o nascente cenário democrático.

Havia problemas na interpretação constitucional quanto à definição das atribuições da Defensoria Pública e do Ministério Público. Todavia, nesse momento, na Câmara dos Deputados, ela foi aceita exercendo tais prerrogativas, já no Senado Federal foi rejeitada. Segundo o parlamentar, cabia ainda à Defensoria Pública o cuidado e zelo dos “direitos do internado”³⁷.

Nas razões de justificativa, Paulo Delgado (PT/MG) afirmou “ser recurso inadequado a existência do hospital psiquiátrico especializado para atendimento aos pacientes com distúrbios mentais, uma vez que seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios”³⁸. Disse também que “no cenário internacional, a desospitalização era um processo irreversível e plenamente substituível por serviços terapêuticos alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos e mais terapêuticos”³⁹.

Dessa forma, é curioso o parlamentar afirmar a inadequação para tratamento psiquiátrico dos hospitais psiquiátricos especializados, não discutindo a natureza constitutiva de prestação do serviço (pública ou privada) nesse momento, sobretudo, pela sua intenção de serviços mais humanos e menos estigmatizantes e também não ir contra aos interesses da rede exclusivamente privada, a maior interessada na preservação do “hospital psiquiátrico especializado”.

A tese central do parlamentar estava na experiência da Psiquiatria Democrática Italiana que demonstrou a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, decorridos apenas dez anos da existência da Lei Basaglia (Lei n. 180 de 1978).

³⁷. Art. 3º, § 3º do PL n. 3.657 de 1989. Cf. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.696.

³⁸. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

³⁹. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

Paulo Delgado criticou a “estrutura de coerção do manicômio”⁴⁰, além de ter apontado a “inexistência de regulação jurídica para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico, razão de sua sobrevivência no exercício do controle e segregação social”⁴¹. A fim de fortalecer sua argumentação, citou dados da política de privatização dos leitos manicomial durante a ditadura militar:

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, digna e 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 Serviços” do antigo INPS, em 1973, de que foi coautor 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 eficientes⁴².

Observa-se que o parlamentar tinha consciência da participação do setor privado na prestação de saúde no Brasil, reconhecendo inclusive o colapso das políticas de saúde mental praticadas até então. Cabe a indagação sobre a ausência da crítica ao setor exclusivamente privado em sua proposta legislativa.

Apesar do parlamentar ter apontado a inexistência de regulação jurídica para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico, como justificativa para a segregação social, tal afirmação não encontra respaldo jurídico,

⁴⁰. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

⁴¹. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

⁴². *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

uma vez que o Decreto de 1934 estava vigente, até o final do processo legislativo da Reforma Psiquiátrica, prevendo procedimento judicial e médico para a internação⁴³, o que não significa dizer que a aplicação do dispositivo jurídico era suficiente para o fim da polícia sanitária estatal e o consequente reconhecimento social da pessoa em sofrimento psíquico.

Ao contrário, o Decreto de 1934 era norteado pela Psiquiatria Orgânica e com forte orientação eugênica. Como se observa, o parlamentar permaneceu silente à existência da rede hospitalar exclusivamente privada ao abordar o cenário político de privatização durante a ditadura militar. Na década de 1970, houve a transformação da denominação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) para a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), o que denota a influência do preventivismo⁴⁴. Tanto o Ministério da Saúde, quanto o Ministério da Previdência Social, que era o principal orçamento público no setor de saúde, introduziram planos e programas de caráter preventivista:

Nesse sentido, destacam-se os programas de psiquiatria comunitária, sob orientação predominante de Luiz Cerqueira, que contudo não são minimamente implantados. Em 1971, é lançada a primeira versão do *Manual de Assistência Psiquiátrica*, com referencial preventivo-comunitário, posteriormente conhecido como o “manual do Cerqueirinha”, em alusão ao seu principal mentor⁴⁵.

Aroldo Moreira, secretário de Assistência Médico-Social do Ministério do Trabalho, determinou, em junho de 1972, por intermédio da Portaria n.48, que a assistência médica aos beneficiários da Presidência Social deveria ser prestada, prioritariamente, nos órgãos próprios das instituições previdenciárias, além de propor a substituição do regime de remuneração por unidade de serviço para a remuneração mensal, como tentativa de

⁴³. Art. 3º do Decreto – Lei n. 24.559/34.

⁴⁴. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

⁴⁵. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 100.

conter o clientelismo e a corrupção, embora não alcançassem o êxito prático⁴⁶.

Em 1973, a ordem de serviço SAM 304.3, de 19 de julho, aprovou o Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica do antigo INAMPS, que é uma revisão do manual do Cerqueirinha⁴⁷. Apesar dessa ordem de serviço reorientar a assistência psiquiátrica, ao enfatizar a assistência extra-hospitalar e a participação de equipe multidisciplinar no cuidado terapêutico da pessoa em sofrimento psíquico, não conseguiu alterar, profundamente, a dinâmica da orientação da prestação da saúde :

Na prática, estes manuais têm importante influência no pensamento crítico nacional, assim como na formação do campo ideológico público em saúde mental. No entanto, sua aplicação efetiva não acontece, na medida em que os recursos da Previdência Social são destinados prioritariamente à compra de serviços privados (fundamentalmente, hospitalares), e estes, por sua força política, não acatam as instruções normativas do INPS [...] Apesar das boas iniciativas previdenciárias de estabelecer um programa de psiquiatria preventiva, a Previdência Social é absolutamente dominada pela iniciativa privada, que não permite o avanço de programas considerados não hospitalizantes⁴⁸.

Paulo Delgado (PT/MG) afirmava estar preocupado com o avanço na construção de novas alternativas assistenciais em saúde mental de modo gradual, racional, democrático e científico. “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 atenção⁴⁹.

Ao que parece, o espírito gradualista alegado pelo parlamentar se referia, sobretudo, às políticas de transformação da rede hospitalar psiquiátrica pública e dos convênios de prestação de serviço com a rede privada. Apesar de criticar, nas razões de justificativa, de forma ampla a terapêutica

⁴⁶. Idem.

⁴⁷. Ibidem, p. 101.

⁴⁸. Ibidem, p. 101.

⁴⁹. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

degradante dos hospitais psiquiátricos especializados não afirmou, expressamente, a pauta da extinção dos hospitais psiquiátricos da rede privada.

Fez uso do termo desospitalização para analisar o custo dos leitos psiquiátricos em uma tentativa expressa de demonstrar a inviabilidade financeira do aparato hospitalar psiquiátrico público brasileiro, além de denunciar as péssimas condições de tratamento psiquiátrico de natureza asilar. De fato, a política privatizante da Previdência Social produziu excesso de atos de assistência médica.

Sejam atos corretos e necessários, sejam desnecessários e fraudulentos, tais práticas ocasionaram um déficit no orçamento da Previdência Social e obrigaram a pensar em soluções de saneamento financeiro, melhor utilização da rede pública e modernização das unidades e dos mecanismos de planejamento e administração⁵⁰.

A problemática da liberdade, segundo a proposta do Paulo Delgado (PT/MG), era central para o atendimento em saúde mental. Ele cita o caso dos Estados Unidos como exemplo de atuação da instância judiciária na intervenção sistemática do poder de sequestro da psiquiatria. “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”⁵¹.

Por fim, o autor do Projeto de Lei Antimanicomial não apresentou as razões constitucionais – certamente, por não existir fundamento jurídico, à luz da Constituição de 1988, com exceção do “zelo pelo exercício de cidadania do internado”⁵². - para instituir a Defensoria Pública como instância judicial, preferencial e responsável pela investigação sistemática da legitimidade da internação-sequestro e o respeito ao cidadão internado.

⁵⁰. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

⁵¹. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127** de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

⁵². **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127** de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

Além disso, reconheceu a complexidade da questão psiquiátrica e sua interface com a justiça e o direito, a cultura, a filosofia e com a liberdade. Segundo ele, essa lei seria cautelosa, quase conservadora, se fosse considerado a complexidade do problema:

O que ela pretende é melhorar - **da única forma possível** (negrito do texto original) - 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 cidadãos⁵³.

É importante observar que essa proposta não representava o único modelo de reforma psiquiátrica no cenário internacional. E no caso brasileiro, houve uma adaptação da perspectiva da Psiquiatria Democrática Italiana, não ocorrendo *ipsis litteris*⁵⁴. O objetivo do Projeto Antimanicomial era “melhorar o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar da sua saúde”⁵⁵.

Decorre-se dessa leitura que o objetivo precípua não era o estabelecimento de uma política nacional de saúde mental que compreendesse a extinção da rede hospitalar exclusivamente privada, mas a reestruturação da assistência psiquiátrica pública destinada aos mais pobres.

O Projeto de Lei Antimanicomial, de fato, foi conservador, cauteloso talvez, uma vez que não rompeu, definitivamente, com a ideia da instituição psiquiátrica e não enfrentou de modo frontal a rede, exclusivamente, privada. A proposta legislativa brasileira inicia, de modo tímido, diante de toda ebulição social às voltas das discussões do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e do Movimento da Luta Antimanicomial. Em contrapartida, ela pode ser considerada como parte da Reforma Sanitária e,

53. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLIV - n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

54. Aliás, Franco Basaglia advertiu, enquanto esteve no Brasil em 1979, que o objetivo da sua viagem não era dar soluções imperialistas, nem trazer uma receita europeia para os problemas brasileiros. Cf. BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil**. São Paulo: Editora Debates, 1982, p. 26: “Eu creio que os brasileiros é que devem procurar as soluções para seus problemas. Sei que não é fácil, já que existe o problema de uma classe operária em organização”.

55. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLIV - n. 127* de 29 de setembro de 1989, p.10.697.

nesse sentido, um projeto piloto com caráter instrumental para a construção do Sistema Único de Saúde, já previsto na Constituição de 1988.

Ainda assim,, a perspectiva da “proteção em parte dos direitos civis⁵⁶” era incompatível com o novo regime jurídico de transição que se inaugurava com a Constituição Cidadã de 1988. Além da proteção aos direitos civis – de modo não parcial –, fazia-se necessário também o cuidado com os direitos sociais e políticos, não elencados nessa primeira Casa Legislativa.

Em seguida, a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados realizou o despacho inicial à Comissão de Constituição e Justiça e Redação e à Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social.

4.3 Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR)

Em 20 de outubro de 1989, já na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)⁵⁷, o deputado federal Nelson Jobim (PMDB/RS), presidente da Comissão, fez a distribuição do Projeto de Lei Antimanicomial para a relatoria do deputado federal Juarez Marques Batista (PSDB/MS). No ano seguinte, em 29 de março de 1990, o deputado federal Theodoro Mendes (PMDB/SP), então presidente da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR)⁵⁸, realizou a redistribuição do Projeto de Lei Antimanicomial para relatoria do deputado federal Harlan Gadelha (PMDB/PE).

Em 04 de abril de 1990, realizou-se a segunda reunião ordinária da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR)⁵⁹, ocasião em que

⁵⁶. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127* de 29 de setembro de 1989, p. 10.697.

⁵⁷. A nomeação para relatoria do Projeto de Lei Antimanicomial foi publicada no *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 164* de 25 de novembro de 1989, p. 13.756.

⁵⁸. A redistribuição da relatoria do Projeto Antimanicomial foi publicada no *Diário do Congresso Nacional – Ano XLV – n. 51* de 22 de maio de 1990, p. 5.386.

⁵⁹. Sob a presidência do deputado Theodoro Mendes, estavam presentes os deputados, José Dutra e Mario Assad, vice-presidentes; Agassis Almeida, Arando Moraes, José Mendonça de Moraes, Leopoldo Souza, Hélio Manhães, Mendes Ribeiro, Nelson Jobim, Renato Vianna, Nilson Gibson, Horácio Ferraz, José Thomaz Nonô, Gonzaga Patriota, Messias Góis, Oscar Corrêa, Paes Landim, Arnaldo Martins, Moema São Thiago, Gerson Peres, Ibrahim Abi-Ackel, Dionísio Hage, José Genoíno, Marcos Formiga, Joaquim Haickel, José Maria Eymael, Antônio de Jesus, Ivo Cersósimo,

ocorreu a aprovação unânime do parecer do relator, deputado federal Harlan Gadelha (PMDB/PE), na Comissão de Constituição e Justiça (CCJC), decidindo pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com emenda.

4.4 Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)

Em 18 de abril de 1990, na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)⁶⁰, por intermédio do deputado federal Joaquim Sucena (PTB/MT), presidente da Comissão de Seguridade Social e Família, através da Distribuição n. 06/90 foi indicado o deputado federal Carlos Mosconi (PSDB/MG) para relatoria do Projeto Antimanicomial.

Em 06 de junho de 1990, na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)⁶¹, o relator, deputado federal Carlos Mosconi (PSDB/MG), com parecer favorável, acolheu a emenda de plenário oferecida pelo deputado federal Lúcio Alcântara (PFL/PE), nos seguintes termos: “Acrescente-se ao artigo 1º, o seguinte parágrafo único – Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual”.

Tal iniciativa parlamentar representou uma nítida objeção à reorganização da assistência psiquiátrica pública no Brasil, sob a justificativa de “necessidade regional”, ao possibilitar, por intermédio de lei estadual, exceção às medidas de transformação no cuidado psiquiátrico a partir das diretrizes federais.

Além disso, Lúcio Alcântara (PFL/PE) não expressou quais seriam os atores políticos e/ou institucionais responsáveis pela avaliação da “necessidade regional”, bem como os critérios e parâmetros utilizados para o planejamento local, a serem definidos por lei estadual.

Aloysio Chaves, Jesualdo Cavalcanti, Jesus Tajra, Lysâneas Maciel, Jorge Arbage, Roberto Jefferson e Rodrigues Palma. Compareceu; ainda, o deputado Adylson Motta. A aprovação foi publicada no **Diário do Congresso Nacional - Ano XLV - n. 51** de 22 de maio de 1990, p. 5.370.

⁶⁰. A distribuição da relatoria do Projeto Antimanicomial foi publicada no **Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 30** de 20 de abril de 1990, p. 3.143.

⁶¹. A leitura do parecer foi publicada no **Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 79** de 30 de junho de 1990, p. 8.366.

Apesar disso, a emenda foi colocada em votação e aprovada, unanimemente, como emenda de plenário. Eis a primeira proposta conservadora, em relação às mudanças nos hospitais psiquiátricos públicos e na rede privada conveniada.

4.5 Pareceres da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR) e Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF): Projeto de Lei n. 3.657- A/89

Em 26 de junho de 1990, ocorreu a leitura e a publicação dos pareceres da CCJR e CSSF pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados⁶² e foi colocado na ordem do dia o Projeto de Lei n. 3.657 – A/89 (ANEXO II). Ao iniciar o seu relatório, o deputado federal Harlan Gadelha (PMDB/PE) ressaltou o objetivo do texto normativo de coibir a construção de novos hospitais psiquiátricos.

Entretanto, não tratou sobre a natureza dos hospitais, se seriam públicos ou privados. Apresentou também as diretrizes de normas de administração regional de saúde, além da regulação jurídica para a internação psiquiátrica compulsória e a função judicial preferencial da Defensoria Pública na fiscalização dos direitos da pessoa com transtorno mental.

Harlan Gadelha (PMDB/PE) também não apresentou considerações, em sentido contrário ,à nomeação da Defensoria Pública como instância de função judicial, ocasião em que também não apresentou óbice à internação psiquiátrica compulsória, seguindo a compreensão ,nesses dispositivos, do Paulo Delgado (PT/MG).

E por fim, destacou a crítica realizada pelo autor do Projeto Antimanicomial, deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), aos hospitais psiquiátricos especializados e seu componente gerador de doença. Por ocasião do voto, ressaltou que a matéria era de competência legislativa concorrente,

⁶². A leitura e publicação dos pareceres foram realizadas no *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 76* de 27 de junho de 1990, p. 7.877.

cabendo a lei federal fixar normas gerais sobre o tema (art. 24, inciso XII e parágrafo único da Constituição Federal de 1988):

A atribuição é do Congresso Nacional, com posterior manifestação do Presidente da República e a elaboração de lei ordinária está prevista no processo legislativo (arts. 48, caput, e 59, inciso III). A iniciativa, por parte de parlamentar federal, é legítima (art. 61, caput). Estão, assim, atendidos os pressupostos constitucionais para a admissibilidade desta proposição⁶³.

Apesar do parlamentar ter destacado apenas a competência legislativa concorrente dos entes federativos para questão da saúde, é importante salientar que o tema da saúde e sua previsão constitucional encontram-se regulamentados nos art. 6º e art. 196 a 200 da Carta Política de 1988.

Assim, dentro da proposta da organização político-administrativa do federalismo brasileiro, a repartição de competências relacionada ao direito social à saúde alcança todos os entes políticos (União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios).

Quanto às competências privativas da União, o art. 22, XXIII da CRFB/88 elenca a seguridade social como matéria da esfera federal. A seguridade social (art. 194 da CRFB/88), além de assegurar direitos relativos à previdência e assistência social, assegura também direitos relacionados à saúde. A atribuição de competência privativa permite à União delegar aos Estados-membros a capacidade de legislar sobre questões específicas, autorizando-os por meio de lei complementar (art. 22, parágrafo único da CRFB/88).

Já a competência comum permite que todos os entes políticos legislem sobre a matéria, desde que sejam respeitadas as normas da União. Assim, o art. 23, II da CRFB/88 apresenta a previsão comum no cuidado da saúde e da assistência pública, bem como da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. Nessa perspectiva, lei complementar fixará normas para a cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (art. 23, parágrafo único da CRFB/88).

⁶³. Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76 de 27 de junho de 1990, p.7.881.

Tema controvertido na doutrina constitucional, a competência para legislar, concorrentemente, situa-se no art. 24, *caput* da CRFB/88 e não prevê, de modo expresso, o Município. Entretanto, a corrente da doutrina constitucional majoritária entende que, por força do art. 30, I e II da CFRB/88, há competência suplementar delimitada pelo interesse local, cabendo, portanto, a participação na legislatura concorrente. Assim sendo, são matérias de competência concorrente a previdência social, proteção e defesa da saúde (art. 24, XII da CRFB/88) e a proteção e integração das pessoas portadoras de deficiência (art. 24, XIV da CRFB/88).

Em relação à técnica legislativa, propôs uma emenda, uma vez que caberia corrigir pequeno erro existente no art. 4º, cuja menção deveria ser feita ao Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934 e não, conforme constava; 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 julho do mesmo ano”⁶⁴.

Assim, pelo exposto, o deputado Harlan Gadelha (PMDB/PE) votou, em 4 de abril de 1990, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa (com emenda)⁶⁵ deste Projeto de Lei n. 3.657/89. No mesmo dia, a Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, em reunião ordinária opinou, unanimemente, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com emenda, do Projeto de Lei Antimanicomial nos termos do parecer do relator⁶⁶.

⁶⁴. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76** de 27 de junho de 1990, p. 7.881.

⁶⁵. EMENDA: Ao Projeto de Lei n. 3.657 de 1989, substitua-se, no art. 4º do Projeto, a referência a Decreto-Lei n. 24.559, de 03 de julho de 1934 por Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Cf. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76** de 27 de junho de 1990, p. 7.881.

⁶⁶. Estiveram presentes os deputados: Theodoro Mendes, Presidente; Mário Assad e José Dutra, Vice-Presidentes; Agassiz Almeida, Arnaldo Moraes, Hélio Manhães, Leopoldo Souza, Mendes Ribeiro, Nelson Jobim, Nilson Gibson, Renato Vianna, Horácio Ferraz, José Thomaz Nonô, Messias Góis, Oscar Corrêa, Paes Landim, Moema São Thiago, Arnaldo Martins, Gonzagla Patriota, Dionísio Hage, Ibrahim Abi-Ackel, Marcos Formiga, José Genoíno, José Maria Eymael, Joaquim Haickel, Antônio de Jesus, Ivo Cersósimo, Jesualdo Cavalcanti, Aloysio Chaves, Jesus Tajra, Jorge Arbage, Lysâneas Maciel, Adylson Motta, Roberto Jefferson e Rodrigues Palma. EMENDA ADOTADA PELA COMISSÃO: Substitua-se no art. 4º do projeto a referência a Decreto-Lei n. 24.559, de 03 de julho de 1934 por Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Cf. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76** de 27 de junho de 1990, p. 7.881.

Na Comissão de Seguridade Social e Família, o relator Carlos Mosconi (PSDB/MG) afirmou que o Projeto de Lei Antimanicomial tratava de um assunto que estava incomodando sobremaneira o setor de saúde no país, em razão da sua reconhecida ineficácia e pela magnitude de erros nele contidos:

É estranhável que práticas reconhecidamente retrógradas, autoritárias, que ferem frontalmente o direito à cidadania, que agem com manifesta truculência e que, conseqüentemente, não levam a nenhum tipo de benefício, tenham permanecido imutáveis por todos estes longos anos, desde que se implantou no país o tratamento manicomial para os pacientes psiquiátricos⁶⁷.

Criticou também a forma de terapêutica em saúde mental, uma vez que o tratamento, à época, baseava-se no confinamento, na alienação e segregação social, argumentando que outros países tinham experimentado diferentes tipos de tratamento, com resultados muito mais satisfatórios, ao citar o exemplo da Itália que inovou com a Lei Basaglia, ao criar alternativas que já vinham se mostrando perfeitamente viáveis. “A tendência universal é, inequivocamente, a substituição do tratamento manicomial por formas mais brandas e eficazes para os pacientes psiquiátricos”⁶⁸.

Em que pese o deputado federal Carlos Mosconi (PSDB/MG) ter afirmado que o autor do Projeto de Lei Antimanicomial apresentou, por ocasião da justificativa na propositura, exemplos de vários outros países, além da Itália; de fato isso não ocorreu.

Paulo Delgado (PT/MG) falou apenas sobre a experiência da Psiquiatria Democrática italiana e citou, exemplarmente, os Estados Unidos, em relação ao sistema judicial de proteção à cidadania da pessoa com transtorno mental. Pela primeira vez no debate da Casa Legislativa, a expressão “direito à cidadania” da pessoa em sofrimento mental é evidenciada, sendo associada ao tratamento terapêutico adequado e humano.

⁶⁷. Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76 de 27 de junho de 1990, p. 7.881.

⁶⁸. Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76 de 27 de junho de 1990, p. 7.881.

É importante destacar que o “direito à cidadania” aparece no discurso parlamentar associado à proteção realizada pelas instâncias judiciais na verificação do sequestro da pessoa em sofrimento mental, conforme o modelo norte-americano. É curioso que num momento pós-constituente 1988 não se tenha evidenciado nas discussões legislativas o destaque aos direitos sociais e políticos da pessoa em sofrimento psíquico.

Além disso, Carlos Mosconi (PSDB/MG) falou sobre o caráter gradualista do projeto de lei, bem como a importância de descentralizar, administrativamente, a saúde para reorganizar o sistema assistencial, no prazo de um ano.

Tal “caráter gradualista do espírito do Projeto de Lei Antimanicomial” era moderado e não previa a extinção total do hospital psiquiátrico, demonstrando o viés conservador e a aporia em relação ao fundamento teórico basagliano que embasou a justificativa brasileira.

Por sua vez, segundo Mosconi, “os hospitais psiquiátricos já existentes não teriam o seu funcionamento interrompido, uma vez que o projeto regulamenta apenas a criação de novos leitos”⁶⁹. Tal declaração se opunha à finalidade última do projeto de lei que era a extinção dos manicômios públicos, de forma progressiva, e não a regulamentação de novos leitos psiquiátricos públicos ou contratados na rede privada psiquiátrica.

O deputado federal Carlos Mosconi (PSDB/MG) para fundamentar seu discurso de avaliação do texto, buscou várias fontes de informação, todas em revistas ditas especializadas cujas opiniões variaram desde ilustre pacientes até a opinião de especialistas renomados, segundo ele. Assim, inicia citando Lima Barreto em sua obra *Cemitério de Vivos* (1920) e, a seguir, o depoimento da época em que o escritor encontrava-se internado, publicado na *Revista de Informação Psiquiátrica* – Ano 11 - Vol. 11 - n. III:

Amaciando um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição de rezas, exorcismos, bruxarias, etc., o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o sequestro”. Diz ainda o escritor

⁶⁹. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados* - Ano XLV - n. 76 de 27 de junho de 1990, p.7.881.

que viveu a infeliz experiência de internação em hospitais psiquiátricos: “Entrei para o Pinel, para a secção dos pobres, dos sem-ninguém, para aquela em que a imagem do que a desgraça pode sobre a vida dos homens é mais formidável e mais cortante. E, em seguida: Pela primeira vez, fundamentalmente, eu senti a desgraça e o desgraçado. Tinha perdido toda a proteção social, todo o direito sobre o meu próprio corpo. Era assim como um cadáver no anfiteatro de anatomia⁷⁰”.

Em seguida, apresentou as considerações feitas na Revista Atualidades Médicas - Suplemento: Psiquiatria Atual - Vol. VIII n.VI, pelo professor Clovis Martins, livre docente da clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e presidente da Associação Latino-Americana de Psiquiatria⁷¹.

Encerrando sua análise, o relator apresentou duas considerações: a primeira tratava-se de artigo intitulado Reformulação da Assistência Psiquiátrica - Realidade Atual e Perspectivas⁷², de Carmem Turma Rotta, Elisa da Silva Feitosa e outros colaboradores publicado na Revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria - Vol. 31- n. 2 - março/abril 1982; e a segunda o trabalho da professora Magda Waissman intitulado A responsabilidade da Previdência Social na área de Saúde Mental.

⁷⁰. **Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76** de 27 de junho de 1990, p. 7.881.

⁷¹. “Os velhos manicômios tem o seu destino traçado. Os maiores esforços e as melhores intenções no sentido de humanizá-los e adaptá-los às exigências do tratamento psiquiátrico fracassaram diante da impenetrabilidade de seus muros, da frieza de suas paredes, e da miséria de suas instalações. Constituem em toda parte problema indissolúvel, sorvedouro de recursos e constante motivo de crítica da própria sociedade que os mantêm. A única solução para eles é a demolição pura e simples. Mesmo a suntuosidade de alguns não lhes tira, a frieza essencial e o aspecto de prisão dos velhos asilos nos quais se inspiraram [...] Um exame do perfil nosográfico dos pensionistas permanentes ou da rotatividade dos leitos ocupados desses hospitais, mostra a cristalina ineficácia desses estabelecimentos como meio de tratamento. A maioria dos doentes chamados crônicos, está ali abandonada pela comunidade, constituindo figuras marginais, fora do alcance da atenção médica ou readaptadora. São antes, existências fixadas em condições sub-humanas de vida, mortos-vivos, esperando Godot [...] O doente mental que necessita de hospitalização deve ser tratado num hospital-geral, tal qual o cardíaco, o operado e o acidentado. A Unidade ou Serviços de Psiquiatria num hospital-geral deve ser um prolongamento ou uma clínica especializada como todas as existentes no estabelecimento, delas se distinguindo apenas pelas peculiaridades mínimas, por que cada uma das outras também se individualizam. São estes serviços psiquiátricos que deveriam existir obrigatoriamente em todos os hospitais-gerais, os que um dia substituirão o velho manicômio”. Cf. **Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76** de 27 de junho de 1990, p. 7.881.

⁷². “1º. O doente necessita de um ambiente que por si só ajude a reintegração. 2º. Na maioria dos casos a vida na comunidade é preferível à vida institucionalizada. 3º. Só uma equipe bem estruturada pode executar um trabalho compatível com a recuperação do doente mental, assim como facilitar sua reintegração na família e sociedade, uma vez que possa entender os processos dessa internação”. **Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76** de 27 de junho de 1990, p. 7.881 - 7.882.

Por fim, ao votar, em 5 de junho de 1990, reforçou em seu discurso o balizamento argumentativo supracitado, tanto no que diz respeito aos hospitais psiquiátricos existentes, quanto às alternativas propostas:

Não há dúvida, segundo meu entendimento, no benefício que o Projeto poderá trazer à Psiquiatria Brasileira em geral, e aos pacientes psiquiátrico, em particular, cujo tratamento obedecerá critérios humanitários e científicos muito mais adequados, preservando-se ainda o direito que todos têm à cidadania⁷³.

No dia seguinte, o deputado federal Lúcio Alcântara (PFL/CE) propôs uma emenda de plenário, solicitando o acréscimo ao art. 1º do seguinte parágrafo único: “Parágrafo único. Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de Lei estadual.” A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião realizada em 6 de junho de 1990, aprovou unanimemente o parecer favorável, com emenda, do relator Deputado Carlos Mosconi (PSDB/MG), ao Projeto de Lei n. 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT/MG)⁷⁴.

4.6 Emendas de Plenário da Câmara dos Deputados

Em 11 de dezembro de 1990, houve a aprovação de requerimento no Plenário da Câmara dos Deputados, dos deputados Ibsen Pinheiro, líder do PMDB, Euclides Scalco, líder do PSDB, José Maria Eymael, na qualidade de líder do PDC, Augusto Carvalho, na qualidade de líder do PCB, Gumercindo Milhomem, líder do PT, Luis Eduardo, na qualidade de líder do PFL, Celio Castro, na qualidade de líder do PSB, Gastone Righi, líder do PTB, Afif Domingos, líder do PL, Miro Teixeira, na qualidade de líder do PDT e

⁷³. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados – Ano XLV – n. 76** de 27 de junho de 1990, p. 7.882.

⁷⁴. “Compareceram os deputados: Joaquim Sucena, Presidente; Jorge Uequed. Vice-Presidente; Carlos Mosconi. Relator; Genésio Bernardino, Ivo Lech. Raimundo Rezende. Rita Camata, Erico Pegoraro, Gilberto Carvalho, Jofran Frejat, Orlando Pacheco. Ruy Nedel, Nelson Aguiar. Floriceno Paixão. Lúcio Alcântara. Arnaldo Faria de Sá, José Carlos Coutinho, Benedita da Silva, Borges da Silveira e Abigail Feitosas, membros titulares; Célio de Castro, Eduardo Moreira, José Queiroz, Nelson Seixas, Carlos Cardinal. Ervin Bonkoski e Edmilson Valentim, membros suplentes. EMENDA ADOTADA PELA COMISSÃO: Acrescente-se ao artigo 1º o seguinte parágrafo único: Parágrafo único. Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de Lei Estadual”. Cf. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados – Ano XLV – n. 76** de 27 de junho de 1990, p. 7.882.

Haroldo Lima, líder do PC do B, solicitando nos termos do artigo 155 do Regimento Interno, urgência para a votação deste projeto.

Ocasão em que também foram apresentadas oito emendas, pelos deputados federais Jorge Viana (PMDB/BA) – emendas de n. 01 e 02 e Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) – emendas n. 03, 04, 05, 06, 07 e 08 ⁷⁵.

O deputado federal Inocêncio Oliveira (PFL/PE), declarou encerrada a discussão, por não haver oradores inscritos e passou à votação da matéria. Assim, em virtude da apresentação de oito emendas ao Projeto n. 3.657-A, de 1989, em discussão em turno único, determinou que o texto voltasse às Comissões de Constituição e Justiça e de Redação; e de Seguridade Social e Família.

⁷⁵. A aprovação dos requerimentos e a apresentação das emendas foram publicadas no **Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.058.

4.6.1 Emenda Modificativa n.01

Segundo o deputado federal Jorge Viana (PMDB/BA), a emenda modificativa n. 01 alteraria a redação do artigo 2º do Projeto de Lei, ao dar a seguinte redação:

Art. 2º As administrações regionais de saúde, (secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde), estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centro de convivência, pensões e outros⁷⁶.

A proposta era contrária à instituição de unidade psiquiátrica em hospital geral, além de permitir às esferas municipais e estaduais o caráter discricionário na reorientação do modelo assistencial em psiquiatria. Nesse sentido, Jorge Viana (PMDB/BA), Ricardo Fiúza, Líder do PFL, e Bonifácio de Andrada, Vice-Líder do PDS, subscreveram nas alegações de justificativa que, em nenhum país do mundo tinha bem sucedida a experiência da unidade psiquiátrica em hospital geral⁷⁷.

Mais um argumento falacioso e conservador, com justificativas pró-hospital psiquiátrico especializado, carregado de preconceito e estigmatização em relação à pessoa com sofrimento psíquico, além da falsa percepção do “doente mental” como agente portador e disseminador de doenças, com imagem associada ao perigo social.

⁷⁶ **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.058.

⁷⁷ “Em algumas universidades europeias (Exemplo: Centro Hospitalar Salpetriere - Paris V), onde se tem unidade psiquiátrica em hospital geral, ela se constitui de um hospital à parte, em área e edificação inteiramente isoladas do hospital geral, o que equivale a um hospital psiquiátrico próximo ao hospital geral. As características arquitetônicas de hospital geral diferem inteiramente daquelas de hospital psiquiátrico. Neste, há necessidade de espaços extra-enfermarias, pois o paciente não permanece no leito, e naquele a necessidade é na área de enfermarias, porquanto o paciente permanece no leito. A segurança em hospital geral é mínima e, para o paciente psiquiátrico é necessária segurança média, o que certamente causaria transtornos aos familiares e pacientes clínicos ou cirúrgicos. Levanta-se ainda a questão do paciente psiquiátrico atuar como agente assimilador e disseminador de infecção hospitalar, uma vez que ele, em não permanecendo no leito e tendo seu juízo crítico prejudicado pela própria doença, transitaria, por todos os setores do hospital, sem os cuidados técnicos necessários” Cf. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.058.

4.6.2 Emenda Modificativa n. 02

A emenda modificativa n. 02 apresentava 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”⁷⁸.

Tratava-se de outra propositura contrária à extinção progressiva dos manicômios, uma vez que segundo Jorge Viana (PMDB/BA), Ricardo Fiúza, Líder do PFL, e Bonifácio de Andrada, Vice-Líder do PDS, a eliminação do hospital psiquiátrico como um instrumento terapêutico redundaria num retrocesso na assistência psiquiátrica, ao criticar os entornos ideológicos e a ausência de cientificidade médico-psiquiátrica⁷⁹.

Outra argumentação em que se busca deslegitimar, cientificamente, o modelo de desinstitucionalização basagliano ao afirmar se tratar de conhecimento ideológico, em detrimento à especialização médico-psiquiátrica.

⁷⁸. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.058.

⁷⁹. “O projeto em questão inspira-se na chamada Lei Basaglia que, a despeito de suas intenções meritórias teve consequências funestas no desenvolvimento assistencial do doente mental italiano. Gianni Nardo, do Departamento de Psiquiatria de Rovigo, Itália, em célebre artigo intitulado o “Vaso de Pandora” - A Psiquiatria Italiana 10 anos após a Reforma (Lei n. 180) -, escreve o que segue: “Entre os anos de 1974 a 77, jornais e revistas italianas estavam cheios de artigos que registravam os males e a desumanização feroz dos manicômios”. Debates sustentavam a necessidade improrrogável de uma reforma que regulamentasse a atividade psiquiátrica. De 1982 até nossos dias, ao contrário, os mesmos jornais e revistas trazem, do mesmo modo, artigos apaixonados, alarmados, escandalizados no sentido oposto: reabertura dos manicômios, retorno aos antigos tratamentos, retirada dos “loucos” das ruas, agora “reinventados” sob forma perigosa quanto a sociedade civil: imprevisíveis, sujos, perturbantes. Por que uma reforma tão popular na época de sua implantação tornou-se, em tão breve tempo uma verdadeira calamidade social? O hospital de psiquiatria existirá como uma exigência de ordem médica e social, enquanto a ciência não dispuser de meios para atalhar a eclosão de doença mental e, como consequência, quando ela determinar duas ocorrências: primeiro, recusa do doente em se submeter a tratamento médico especializado adequado, única maneira válida que se tem para tentar deter a marcha evolutiva de muitas doenças mentais, implicando em possíveis danos permanentes de cronificação ou risco de vida para ele próprio. Segundo, as alterações das pautas habituais de relacionamento e convivência com os grupos familiar e vicinal, trazendo essa quebra de padrões comportamentais problemas insuperáveis de convivência ante o desconforto ambiental criado, ou mesmo de riscos e ameaças eventuais vivenciados por esses supracitados grupos. Deflui do exposto que a hospitalização se impõe quando o quadro clínico implica perigo para ele, paciente, ou para os demais, ou simplesmente porque seu estado psíquico exige condições de observação e tratamento. Nesses casos de hospitalização compulsória, configura-se a impossibilidade do doente se manter no convívio familiar (recusa de alimentos, recusa de higiene pessoal, ideias ou atitudes manifestas de suicídio, reações agressivas) como também - o que os críticos sectários e mal informados do hospital psiquiátrico não se dão conta - da recusa e mesmo da impossibilidade dos familiares assumirem o ônus dos cuidados assistenciais. Cf. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.058.

Entendo que não existe conhecimento científico “neutro”, que exista por si, independente da sua proposição na sociedade e destinação pública que, por vezes, marca o seu uso de forma excludente e estigmatizada, como à época era o exercício da psiquiatria brasileira de matriz organicista, positiva e de caráter preventivista⁸⁰.

Além disso, o discurso do “hospital de psiquiatria como uma exigência de ordem médica e social” é tão retrógrado, quanto conservador e remonta aos tempos da justificação médico-social de Pinel na França, no século XVIII, ao apresentar o tratamento moral e o isolamento como medidas psicoterápicas.

4.6.3 Emenda modificativa n. 03

A emenda modificativa n. 03 apresentada pelo deputado federal Mozarildo Cavalcanti (PFL/PE) alterava o art. 1º com a seguinte redação: “Art.1º A construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação de novos hospitais psiquiátricos somente poderá ocorrer após aprovação de Plano de Saúde Mental, - elaborado pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde”⁸¹.

Em sua fundamentação defendeu que com o advento da Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a consequente criação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em data posterior às análises e aos pareceres das comissões sobre o presente projeto de lei, houve inovações no processo de implantação do Sistema Único de Saúde.

Assim, o dimensionamento da rede hospitalar, psiquiátrica ou não, deveria ficar a cargo de órgãos técnicos e normativos, como o Conselho Nacional de Saúde e seus correspondentes em níveis estadual e municipal.

⁸⁰. O estatuto epistemológico da psiquiatria é marcado profundamente pelas discussões do campo político e social. Ver BERLINGUER, Giovanni. **Psiquiatria e Poder**. Trad. Otho Faria. Belo Horizonte - Minas Gerais: Editora Interlivros, 1976.

⁸¹. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.058.

De modo contrário à do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), sua proposta previa a regulamentação de novos hospitais psiquiátricos a partir do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁸², em uma tentativa de recuperar os hospitais psiquiátricos públicos a partir do Sistema Único de Saúde e da regulamentação e administração por intermédio do “Plano de Saúde Mental”.

Tratava-se de mais um equívoco, sob a aparência de otimização da Reforma Sanitária e toda a luta social pela conquista do direito à saúde que não compreende apenas o acesso ao tratamento médico digno, mas também ao exercício de outros direitos individuais e sociais.

4.6.4 Emenda modificativa n.04

Proposta também pelo deputado federal Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR), a emenda modificativa n.04 tinha por objetivo apresentar nova redação ao preâmbulo do Projeto de Lei Antimanicomial, com o seguinte teor: “Dispõe sobre a regulamentação dos manicômios e a criação de outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória⁸³.”

Na sua justificativa, o parlamentar afirmava que era precoce a alteração do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro sem uma prévia análise da real situação dos problemas psiquiátricos do país, criticando o espírito da lei que se dirigiria, especificamente, para a extinção da rede hospitalar especializada.

⁸². “Aliás, o art. 16 da Lei n. 8.080/90 define com muita clareza as atribuições da direção nacional do Sistema Único de Saúde, concluindo-se que a redação do artigo em questão contraria cabalmente o ali disposto. A evolução da Medicina não deve ficar manietada por dispositivos legais, tendo em vista as constantes necessidades de adequação das ações de saúde em decorrência de fatores populacionais, sociais, econômicos e ambientais. Embora alguns argumentem que o tratamento psiquiátrico deva ser conduzido quase que exclusivamente em ambiente ambulatorial, o que se deve pretender é a obtenção de melhor resolutividade a este nível. O correto será dar maior ênfase a tais programas assistenciais para, através de seus resultados positivos, automaticamente delimitar e reduzir os leitos psiquiátricos em utilização”. Cf. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169* de 12 de dezembro de 1990, p. 14.059.

⁸³. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169* de 12 de dezembro de 1990, p. 14.059.

Essa proposição parlamentar é lastimável e indefensável, pois além de revelar o total descompasso de sua análise com a crise social-econômica vivida pelo país, demonstra o descaso com a precária administração do setor de saúde e da Previdência Social.

Subscreveram a justificativa dessa propositura, os deputados federais Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR), Ricardo Fiúza, Líder do PFL, e Bonifácio de Andrada, Vice-Líder do PDS⁸⁴.

4.6.5 Emenda modificativa n. 05

O deputado federal Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR), na emenda modificativa de n.05, tinha por proposta alterar a redação do art.2º:

As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais e municipais de saúde) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, tais como, unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência e outros⁸⁵.

Excluiria as comissões regionais, presentes, inicialmente, no Projeto de Lei Antimanicomial por, segundo o deputado, ferir o art. 198 da Constituição Federal de 1988 que determinava, expressamente, comando único em cada nível de governo, ocasião em que reiterou suas críticas à desativação progressiva dos leitos psiquiátricos de característica nosocomial, definindo-a como clamorosa aberração assistencial⁸⁶.

⁸⁴. "Ao preconizar a total mudança dos rumos da Psiquiatria, deve-se ter como embasamento dados técnicos e científicos levantados dentro da realidade brasileira e mundial. A simples referência a experiências desenvolvidas na Itália não são suficientes para caracterizar a necessidade de alterações tão profundas e radicais no processo de atendimento psiquiátrico. Existem critérios técnicos, científicos, operacionais e assistenciais que impedem sejam extintos os hospitais psiquiátricos, que se constituem em rede especializada e com características próprias e peculiares. A extinção pura e simples de leitos psiquiátricos não será a solução que se busca para esta área, sempre delicada e importante no contexto social. Deve-se levar ainda em conta que recentes pesquisas do Ministério da Saúde revelam índices de afecções e/ou problemas psiquiátricos em cerca de 20% da população brasileira. Somente após identificação nosológica complementar será possível dimensionar a extensão e capacidade da rede hospitalar psiquiátrica, quer pública, quer privada". Cf. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 169* de 12 de dezembro de 1990, p. 14.059.

⁸⁵. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 169* de 12 de dezembro de 1990, p. 14.059.

⁸⁶. "Dentro das normas e posturas legais existentes, os hospitais psiquiátricos devem e têm que ser construídos,

Novamente, com justificativas preconceituosas em relação à pessoa com sofrimento psíquico, com uso de expressões, como “alienação mental”, carregadas de estigmatização social, não reconhecendo, portanto, a emergência de um novo regime constitucional com previsão de tratamento digno em saúde, não só no âmbito formal, mas também material da sociedade civil.

Na propositura do Projeto de Lei Antimanicomial, não houve determinação do sentido e alcance das “comissões regionais”, tampouco da sua configuração organizacional. Entretanto, a Lei n. 8.080/90 apresentou a hipótese de consórcios municipais e comissões intersetoriais de âmbito nacional dentre as propostas de planejamento na promoção e execução de serviços em saúde⁸⁷. Nesse sentido, o art.18, VII, da Lei n 8.080/90, quando à direção municipal do SUS, apresenta como uma das suas competências, a formação de consórcios administrativos e intermunicipais.

4.6.6 Emenda modificativa n. 06

Já na proposta de emenda modificativa n.06, o parlamentar Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) propôs a alteração do art. 3º: “A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a prescreveu, no prazo de 48 horas, à autoridade judiciária local ou à Defensoria Pública, quando houver⁸⁸”.

equipados e organizados de acordo com características próprias. A título de esclarecimento, o hospital psiquiátrico deve contar com áreas de lazer, laborterapia, recreação etc., áreas estas impossíveis de serem adaptadas e estruturadas em hospitais gerais. Por outro lado, o aspecto de ordem técnica deve ainda ser levado em conta. O paciente psiquiátrico, quando em hospital especializado, não está sujeito a infecções hospitalares nos mesmos moldes e incidência que ocorre em hospitais gerais. A exposição de pacientes psiquiátricos a riscos adicionais de contaminação, principalmente quando de alienação mental grave, é absolutamente não recomendável”. Cf. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.059.

⁸⁷. Segundo a inteligência do art.10, os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (art.12, parágrafo único). O art. 13 assinala a área de abrangência da articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais.

⁸⁸. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.059.

Buscou ampliar o prazo de comunicação da prescrição médica para de 24 horas para 48 horas⁸⁹, além de apresentar críticas à Defensoria Pública como instância judicial preferencial para o ato de comunicação⁹⁰. Foi o primeiro parlamentar a realizar crítica em relação à atribuição da Defensoria Pública como instância judicial, no Projeto de Lei Antimanicomial. Também não falou sobre a internação psiquiátrica compulsória e sua previsão normativa.

4.6.7 Emenda modificativa n.07

Já na emenda modificativa n.07, o deputado Mozarildo Calvacanti (PFL/RR) propôs nova redação aos §§ 2º e 3º do art. 3º:

2 §º O defensor público, ou a autoridade judiciária, poderá ouvir a todos que julgar conveniente, de forma a emitir parecer em 24 horas sobre a legalidade da internação3 § .º O defensor público, ou a autoridade judiciária, poderá proceder auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado⁹¹.

Ao apresentar a justificativa da emenda, o deputado federal alegou à adequação do texto dos parágrafos acima à legislação vigente, dando-lhes assim melhor redação. Em linhas gerais, não discutiu a natureza jurídica da função da Defensoria Pública de realização do controle sobre a legalidade da internação, tampouco em relação à auditoria periódica e a ideia do “sequestro legal”.

⁸⁹. No caso italiano, o decreto do prefeito deveria ser notificado, no prazo de 48 horas a partir da internação, através de oficial de justiça, ao juiz tutelar da jurisdição municipal (art.3º, §1º da Lei n.180).

⁹⁰. Alegou as seguintes razões de justificativa: “a redação do artigo, tal como proposta, conflita com a estrutura funcional e administrativa dos poderes constituídos, incluído no Poder Judiciário a Defensoria Pública, que são órgãos de atividades completamente diversas e com subordinação hierárquica diferenciada, não havendo como vinculá-las. O prazo de 48 horas é estipulado para que possam ser atendidas as necessidades da realidade brasileira. Tal prazo permitirá que a lei seja efetivamente cumprida recomendável. Cf. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.059.

⁹¹. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169** de 12 de dezembro de 1990, p. 14.059.

Essa “adequação” ao ordenamento jurídico parece ser retórica, pois deixou de aprofundar as discussões relacionadas à importância da previsão constitucional da Defensoria e do seu papel social em razão do advento da nova ordem constitucional.

4.6.8 Emenda aditiva n.º8

Por fim, Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) propôs também a emenda aditiva n.º8 que acrescentava redação ao art.1º, com o seguinte parágrafo único :“§ 1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada a implantação do disposto no caput do artigo, se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento”⁹². Subscrevendo-a, os deputados federais Luiz Roberto Ponte, Vice-Líder do PMDB e Amaral Netto, Líder do PDS.

É importante dizer que, em nenhum momento legislativo na Câmara dos Deputados, cogitou-se a na ruptura abrupta da assistência psiquiátrica prestada pelos hospitais psiquiátricos públicos e privados com convênio público. A postura foi até conservadora, pois apesar da previsão do espírito gradualista não alcançou os hospitais psiquiátricos verdadeiramente privados.

Oportuno ressaltar que o atendimento psiquiátrico brasileiro à época já representava o colapso dos manicômios públicos e privados, em virtude da situação degradante e ofensiva à dignidade da pessoa humana das pessoas internadas. Dessa maneira, a transição para o serviço ambulatorial, de fato, não representaria uma descontinuidade do então péssimo serviço de saúde oferecido pelo Estado; pelo contrário, seria o marco de novas possibilidades terapêuticas e mais humanizadas.

A partir da análise das propostas de emendas de plenário na Câmara dos Deputados, observa-se nessas discussões preliminares a natureza

⁹². *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169* de 12 de dezembro de 1990, p. 14.059.

conservadora e pró-hospitalar dos argumentos parlamentares que serão retomados no Senado Federal.

Os parlamentares, majoritariamente, nas suas proposições fundamentaram suas alegações ao contraporem a dicotomia conhecimento psiquiátrico-científico vs. conhecimento ideológico basagliano no âmbito da assistência psiquiátrica. Essa separação que desconsiderava a possibilidade de abertura e a construção social de outros olhares para a loucura, a partir do diálogo entre as perspectivas nascentes de direito à saúde mental.

Por colocarem as questões de modo excludentes, no âmbito da avaliação em saúde mental, pouco se aproveitou durante os debates para o desenvolvimento de estratégias e organização de uma política nacional de saúde mental na Câmara dos Deputados – um equívoco dos parlamentares brasileiros que assumiram uma postura de favorecimento da rede hospitalar psiquiátrica, sobretudo, a exclusivamente privada e também a rede particular prestadora de serviços públicos.

4.7 Votação das Emendas de Plenário nas Comissões de Constituição e Justiça e de Redação e de Seguridade Social e Família

O deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), solicitou a palavra ao deputado Inocêncio Oliveira (PFL/PE), dizendo que a emenda apresentada ao projeto, a partir de um acordo entre todos os líderes, era assinada pelo Deputado Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR); com o apoio dos Líderes do PMDB e do PDS, sem objeção de outros líderes.

A fim de dar maior rapidez à tramitação, Paulo Delgado solicitou a nomeação, nos termos regimentais, de relator para que ocorresse a votação do projeto, como dispunha a urgência aprovada pelos líderes. Em resposta, o deputado Inocêncio Oliveira (PFL/PE), acolheu o pedido.

Em 14 de dezembro, o Plenário da Câmara realizou a votação em turno único. O deputado Jorge Viana (PMDB/BA) solicitou o adiamento deste projeto para ciência das emendas de plenário. Houve aprovação, solicitada pelo presidente ao plenário, para que as emendas fossem relatadas.

Designou-se o deputado Geraldo Alckimim Filho para proferir o parecer às emendas de plenário em substituição a CSSF, que concluiu pela aprovação da emenda aditiva n. 08 e pela rejeição das emendas de n. 01 a n. 07.

Designou-se o deputado Adylson Motta (PDS/RS) para proferir parecer às emendas de plenário em substituição a CCJR, que concluiu pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa: a aprovação da emenda aditiva n. 08, com parecer favorável, contra o voto da deputada Sandra Cavalcanti (PFL/RJ). Rejeição das emendas modificativas de n. 01 a 07, com parecer contrário. Ocorreu a aprovação do projeto contra os votos do PTB e da deputada Sandra Cavalcanti (PFL/RJ). No mesmo dia, a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados realizou o despacho para a redação final⁹³.

4.8 Discussão, votação e aprovação do Projeto de Lei n. 3.657-B/89

Durante a votação do Projeto de Lei 3.657/89-A, o deputado federal Jorge Vianna (PMDB/BA), solicitou a palavra ao presidente, deputado federal Inocêncio Oliveira (PFL/PE), que acolheu o pedido. No seu pronunciamento, o parlamentar lembrou à Casa Legislativa o que rezam os arts. 121 e 152, § 1º, inciso I do Regimento Interno da Câmara dos Deputados⁹⁴. Como autor de emenda de plenário, ele não foi convocado para nenhuma reunião de acordo. Inicia-se, assim, o processo para o desdobramento no PL n. 3.657/89-B (ANEXO III).

Como as emendas não foram publicadas e não havia pareceres sobre elas, mesmo em regime de urgência, pediu-se ao deputado federal Inocêncio Oliveira (PFL/PE), utilizando a jurisprudência da Casa, que

⁹³. A aprovação dos requerimentos e a apresentação das emendas foram publicadas no **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172** de 15 de dezembro de 1990, p. 14.474.

⁹⁴. Art. 121. As emendas de Plenário serão publicadas e distribuídas, uma a uma, às Comissões, de acordo com a matéria de sua competência. Art. 152. Urgência é a dispensa de exigências, interstícios ou formalidades regimentais, salvo as referidas no § 1º deste artigo, para que determinada proposição, nas condições previstas no inciso I do artigo antecedente, seja de logo considerada, até sua decisão final. § 1º Não se dispensam os seguintes requisitos: I – publicação e distribuição, em avulsos ou por cópia, da proposição principal e, se houver, das acessórias.

suspendesse a votação da matéria, até que houvesse a devida publicação dos avulsos e toda a Casa tomasse conhecimento das emendas que são em número de oito. Assim, o parlamentar fez uma invocação jurídica, de natureza protelatória, contrariando a postura que se espera de um trâmite legislativo com caráter de urgência.

Então, o deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), solicitou a palavra e advertindo-o, afirmou que o Projeto Antimanicomial já tinha tramitado em todas as Comissões e que estava na pauta da ordem do dia há três sessões consecutivas.

Alegou que quando da discussão no plenário em que foram apresentadas as oito emendas, o deputado federal Jorge Vianna (PMDB/BA) não se encontrava presente à sessão, realizada terça-feira, quando foi discutido o Projeto, e ele não se achava sequer em Brasília e por fim, reconheceu que houve um amplo acordo de todas as lideranças partidárias, para que fosse aceita a emenda do deputado federal Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR); inclusive, sem oposição por parte do Ministro da Saúde, Seigo Tsuzuki.

Argumentou também que o Projeto de Lei Antimanicomial estava sendo amplamente discutido com todos os setores interessados da sociedade civil e, na tramitação seguinte, houve um acordo com o deputado federal Roberto Jefferson (PTB/RJ); de que a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) poderia ser ouvida por ocasião do trâmite legislativo.

Assim, buscou contestar a tentativa extemporânea de obstrução por parte do deputado federal Jorge Vianna (PMDB/BA), que inclusive foi procurado, pessoalmente, para que pudesse também ser incluído no acordo que estava possibilitando votar não só este Projeto, mas todos os outros constantes da pauta.

Em uma breve recuperação histórica e crítica da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), vale lembrar que o projeto de privatização postulado por essa instituição particular tinha por finalidade “captar grande parte dos recursos do Fundo de Apoio Social (FAS), que seria o grande financiador da construção e ampliação dos hospitais da rede privada”⁹⁵.

⁹⁵. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda

Como forma de justificar a sua proposta de ampliação da rede hospitalar privada, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) utilizou o princípio, sem levar em consideração fatores sociais, econômicos e culturais, de que havia uma relação matemática entre o número de leitos e o número de habitantes tal como adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Uma utilização argumentativa que privilegiava o setor privado ao lado de uma política assistencial em crise não apenas financeira, mas ética em relação ao modelo de saúde⁹⁶.

Dessa maneira, a convocação da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), pelo deputado federal Roberto Jefferson (PTB/RJ), com a enunciação paradoxal do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) que não ofereceu óbice dessa participação do setor privado nas discussões legislativas. Tal setor privado, sobretudo hospitais psiquiátricos privados com convênio público, profundamente envolvido em casos, como já dito anteriormente, suspeitos de corrupção sobre a legitimidade de leitos psiquiátricos ainda existentes no Brasil e com interesses lucrativos, tendo a saúde como mero argumento retórico, à época, para financiar a “indústria da loucura”⁹⁷. No processo legislativo, representou um entrave no avanço da Luta Antimanicomial na Câmara dos Deputados, com repercussões, propriamente ditas, no Senado Federal:

Contudo, ante a ameaça deste Projeto de Lei, a FBH rearticula-se em torno da luta pela rejeição do projeto no Senado Federal. Esteve em todos os debates importantes, divulgando notícias na grande imprensa, organizando *lobbies* e, inclusive, patrocinando a criação de uma associação de familiares de doentes mentais: a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), inicialmente

Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 60.

⁹⁶. AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

⁹⁷. Idem.

no Rio de Janeiro, onde a FBH é mais forte; depois, em outros estados e municípios⁹⁸.

Em resposta ao discurso do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), o parlamentar Jorge Vianna (PMDB/BA), solicitou o direito ao contraditório, que foi concedido pelo presidente, Inocêncio Oliveira (PFL/PE) e alegou que a ditadura das lideranças partidárias da Câmara dos Deputados não poderia contrapor a letra de lei do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, devendo, portanto, cumprir-se.

Mais uma demonstração de desinteresse do parlamentar Jorge Vianna (PMDB/BA) em seguir o rito de urgência de um assunto tão debatido na sociedade civil que desde o final da década de 1970 aguardava uma transformação normativa do tratamento terapêutico em saúde mental que, concomitantemente, deveria ser alinhado aos preceitos constitucional de 1988.

O deputado federal Inocêncio Oliveira (PFL) indeferiu o pedido do deputado federal Jorge Vianna (PMDB/BA) afirmando que a presidência da Câmara dos Deputados, em acordo com as lideranças partidárias, definiu que todas as emendas teriam seus pareceres proferidos em plenários e todos os projetos, até o presente momento, tinham seguido esse ritual e que não mudaria esse critério, sob pena de não cumprir o acordo.

Reiterou também que acordo feito na Câmara dos Deputados, deveria ser cumprido, todavia, em consideração, submeteu para apreciação do Plenário que é soberano para decidir sobre qualquer matéria, o pedido do deputado federal Jorge Vianna (PMDB/BA), inclusive quanto ao que foi acordado pelos líderes.

O deputado federal Jorge Vianna (PMDB/BA) solicitou a verificação de quórum e o presidente da Câmara dos Deputados, Inocêncio Oliveira, afirmou que o parlamentar só poderia fazer o pedido com o apoio de trinta parlamentares. Ao votar, os parlamentares aprovaram o rito que estava sendo feito até o presente momento, a saber: que o projeto tivesse sua

⁹⁸. Ibidem, p. 115.

emenda relatada em Plenário. Cumpre assinalar que o PTB votou em sentido contrário.

Insatisfeito com o resultado da votação, Jorge Vianna (PMDB/BA) disse que recorrerá à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, o que não lhe foi negado pelo deputado Inocêncio Oliveira. Em seguida o deputado federal Geraldo Alckmin Filho, proferiu parecer às emendas de plenário, em substituição à Comissão de Seguridade Social e Família:

Senhor presidente, senhoras e senhores deputados, o referido projeto de lei deseja atender aos requisitos mais modernos do tratamento psiquiátrico, que é deixar de lado a visão hospitalocêntrica, em que o doente fique confinado em hospitais, em internações longas, extremamente caras ao país, as quais estimulam a indústria de internação a fazer, às vezes, de alguns manicômicos verdadeiros depósitos humanos. O que pretende o projeto é adequar o tratamento relativo à nossa saúde mental ao que há hoje de mais moderno no mundo, ou seja, cuidar do doente psiquiátrico, através de tratamento ambulatorial com equipes multiprofissionais de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras etc., fazendo com que a internação hospitalar seja a mais curta possível⁹⁹.

Em seu discurso, o parlamentar enfatizou a recuperação do indivíduo no convívio familiar e social via tratamento ambulatorial. Ressaltou o parecer favorável à emenda que acrescenta ao art. 1º o seguinte parágrafo: “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”¹⁰⁰. A emenda foi assinada pelos Deputados Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) e Luis Roberto Ponte (PMDB/RS).

Não se pode deixar de apontar o atraso na discussão da assistência psiquiátrica brasileira em relação ao cenário internacional, uma vez que o problema do tratamento hospitalocêntrico foi amplamente debatido,

⁹⁹. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.475.

¹⁰⁰. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.475.

sobretudo, a partir do fim da Segunda Guerra Mundial em países como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália, por exemplo.

O tratamento ambulatorial e os novos modelos de assistência psicossocial foram imperativos urgentes para a realidade sanitária brasileira que uma ruptura abrupta do aparato manicomial em nome da liberdade e da ressignificação do lugar social da “doença mental”, não causaria mais transtorno para a população do que o potencial crônico dos manicômios públicos e privados.

As sete emendas restantes, segundo Geraldo Alckmin Filho (PSDB/SP), estavam muito distantes de atender às exigências dessa nova sistemática, pois contrariavam o espírito do projeto e aquilo que seu autor desejava: “deixar a visão hospitalocêntrica do tratamento do doente mental e cuidar dele no convívio da família e da sociedade através de tratamento ambulatorial”¹⁰¹. Assim, assinou parecer favorável à emenda assinada pelos deputados federais Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) e Luís Roberto Andrade Ponte (PMDB/RS) e contrário às demais.

Em que pese corresponder ao interesse da sociedade civil organizada e da luta pelo fim do manicômio, o Projeto de Lei Antimanicomial, inicialmente, foi concebido de modo tímido em relação ao modelo hospitalocêntrico, uma vez que não realizou a crítica frontal à terapêutica praticada na rede hospitalar exclusivamente privada, fazendo somente em relação aos manicômios públicos e às contratações, pela gestão pública, de serviços psiquiátricos privados.

A reorientação da assistência psiquiátrica, por intermédio do ambulatório, e a priorização do tratamento no convívio da família e da sociedade também deveria ser estendido às redes exclusivamente privadas através de um direcionamento expresso, o que deu margem a possibilidade da discussão da existência e permanência do hospital psiquiátrico privado no Senado Federal.

¹⁰¹. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.475.

Encerrado o voto, o parlamentar Inocêncio Oliveira (PFL/PE) concedeu a palavra ao deputado federal Adylson Motta (PDS/RS) para proferir parecer às emendas de plenário, em substituição à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação.

Inicialmente, afirmou que as oito emendas apresentadas atendiam ao que competia à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação: analisar o aspecto de constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

Assim, emitiu parecer favorável, sem realizar discussão de mérito da materialidade constitucional dos dispositivos normativos, denotando uma ausência na busca de compatibilizar o projeto de lei em tramitação com a recém promulgada Constituição de 1988.

Adylson Motta (PDS/RS) salientou que o deputado federal Mozarildo Cavalcanti, autor das emendas n. 03, 04, 05, 06 e 07, pretendia retirá-las, deixando apenas a emenda n. 08, também de sua autoria, em apreciação. Entretanto, não tinha certeza, uma vez que ao que parecia o pedido de retirada não tinha sido formalizado. Dessa maneira, solicitou ao presidente Inocêncio Oliveira que o consultasse.

Sobre as outras três emendas, duas de autoria do deputado federal Jorge Vianna (PMDB/BA) e a oitava, decorrente de entendimento entre lideranças partidárias, no que “competia à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação analisar, o parecer sobre as mesmas também foi favorável”¹⁰².

O parlamentar Inocêncio Oliveira (PFL/PE), então informou que, pelo fato das emendas n. 03, 04, 05, 06 e 07 já terem parecer contrário da Comissão de Seguridade Social e Família, não era necessário retirá-las, desde que existisse apenas uma emenda com parecer favorável. Deu a palavra ao deputado federal Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) para encaminhar a votação, que ao iniciar seu discurso afirmou ter restrições pessoais ao projeto, em que pese a aprovação de emenda de sua autoria, considerada a saída

¹⁰². *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.475.

para o acordo, pois, segundo ele, representava um avanço e assim registrou:

E que, em analisando o Projeto de Lei n. 3.657/89, de autoria do nobre Deputado Paulo Delgado, ora em apreciação, preocupamo-nos com os prováveis, senão certos, efeitos deletérios decorrentes de sua aprovação tal como ele se apresenta. Para apreciação e julgamento de V. Ex. externamos os motivos e razões que nos levaram a apresentar emendas ao referido projeto, em busca de seu aperfeiçoamento, embora sabendo que a melhor conduta seria a elaboração de um substitutivo, única forma de se escoimar todas as aberrações ali contidas. Em primeiro lugar, a redação do projeto se confunde, ao colocar em uma mesma situação e definição leitos manicomiais e leitos psiquiátricos. Embora ambos se destinem ao atendimento de pacientes portadores de distúrbios mentais, há que se considerar as características de cada um deles¹⁰³.

A aprovação da emenda aditiva n. 08, decorrente de negociação política, foi considerada a saída para o acordo entre os parlamentares e um “avanço”, segundo o deputado federal Mozarildo Cavalcanti, pois possibilitava ainda a discussão, no Senado Federal, da permanência do tratamento psiquiátrico em instituições hospitalares, sobretudo privadas.

A tentativa de corrigir as “aberrações” era a própria extravagância inconsequente do parlamentar de permanecer aliado aos interesses econômicos dos setores privados mais conservadores, isto é, ao lado da Federação Brasileira de Hospitais que representava a entidade de prestadores privados de saúde em geral, formada pelos “empresários da loucura”, à época.

Precariamente, Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) buscou esclarecer a distinção conceitual entre leitos manicomiais e leitos psiquiátricos – como se na prática, não representasse a mesma função -, embora tivessem uma destinação comum- pacientes portadores de distúrbios mentais-, segundo deputado federal Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR), possuíam características específicas:

¹⁰³. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.475.

A título de ilustração, dizemos que os leitos manicomiais se revestem de caráter asilar ou de reclusão, sendo destinados a pacientes portadores de patologias crônicas e sem condições de convivência social ou familiar, por motivos comportamentais, ou mesmo alienação total, além daqueles casos previstos em lei, ou seja, internação compulsória de indivíduos sob judice em decorrência do que determina o Código de Processo Penal em seus arts. 148 e 149. Já os leitos psiquiátricos são destinados a internações de curto período de duração como, por exemplo, as síndromes psicopatológicas que tragam riscos e sofrimento intenso ao paciente ou à sociedade. Se o projeto pretende extinguir em definitivo os leitos manicomiais e psiquiátricos, como se depreende de sua leitura, de que forma e onde cuidar corretamente do paciente psicótico nas condições acima referidas?¹⁰⁴.

Nota-se que a questão central de análise conceitual, do deputado federal, deveria orbitar em torno do binômio leito manicomial vs. leito psiquiátrico. Tal discussão não foi suscitada pelo parlamentar, concluindo pela distinção não no nível ontológico dos termos, mas em uma pragmática dos sentidos de utilização médico-social do *locus* asilar, a fim de justificar o *status quo*, ao defender a necessidade de leitos psiquiátricos, em favor dos interesses econômicos do setor privado da saúde mental no Brasil.

Prosseguindo, apresentou críticas ao § 1º, acrescentado ao art. 1º, pela Comissão de Seguridade Social e Família, por remeter a competência para autorizar construção e/ou contratação de leitos psiquiátricos às leis estaduais, denominando de incongruência inadmissível. Indagando-se sobre a extinção da internação em psiquiatria, criticou a Lei Basaglia, aprovada na Itália em 1978:

Bastaria apenas dizer que tal lei foi recentemente reformulada, em face de desastrosas consequências sociais dela advindas, conforme demonstram as palavras do Professor Gianni Nardo, do Departamento de Psiquiatria de Rovigo - Itália: “Entre os anos de 1974 e 1977, jornais e revistas italianas estavam cheios de artigos que registravam os maus tratos e a desumanização feroz dos manicômios”. Debates sustentavam a necessidade improrrogável de urna reforma que regulamentasse a atividade psiquiátrica. De 1982 até nossos dias,

¹⁰⁴. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.475.

ao contrário, os mesmos jornais e revistas trazem, do mesmo modo, artigos apaixonados e alarmantes no sentido oposto: reabertura dos manicômios, retorno aos antigos e efetivos tratamentos, retirada dos loucos das ruas, agora apresentados como sendo perigosos para a sociedade civil, imprevisíveis, sujeitos e perturbantes. Por que urna reforma tão popular à época de sua implantação tomou-se, em tão breve tempo, uma verdadeira calamidade social?¹⁰⁵.

Defendia a existência do hospital psiquiátrico como exigência de ordem social e médica, enquanto a ciência não dispusesse de meios para atalhar a eclosão de doença mental e, como consequência, quando ela determinasse duas ocorrências, por isso propôs a emenda modificativa n. 02 que não foi acolhida:

[1] A recusa do doente em se submeter a tratamento médico especializado adequado. A internação é a única maneira que temos de deter a marcha evolutiva de muitas doenças mentais, que, se não enfrentadas a tempo, terão como resultado danos permanentes de cronificação, ou risco de vida para o próprio paciente. [2] Alterações habituais no relacionamento e convivência com os grupos familiar e social e vicinal, trazendo esta quebra de padrões comportamentais, problemas insuperáveis de convivência, ante o desconforto ambiental criado, ou mesmo de riscos e ameaças eventuais. Deflui do exposto que 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?¹⁰⁶.

Criticou também a série de inovações, que segundo o parlamentar, não estavam tão bem explicitadas ou fundamentadas e, portanto, eram inaceitáveis. Nesse ponto, o deputado federal Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) não explicitou as séries de inovações, posicionando-se contrário apenas à criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais¹⁰⁷, alegando que ela já

¹⁰⁵. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.475.

¹⁰⁶. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p.14.475 - 14.476.

¹⁰⁷. “O hospital psiquiátrico necessita de áreas específicas extra-enfermarias, enquanto o paciente clínico ou cirúrgico demanda espaço dentro das enfermarias. Isto é mais do que óbvio, quando se sabe que o paciente psiquiátrico deambula normalmente e os pacientes clínicos e cirúrgicos são, geralmente, confinados ao leito. Isto sem falarmos nos sérios problemas de infecção hospitalar. O que se tem feito em termos mundiais, quando se fala em unidade psiquiátrica em hospital geral, é a construção de prédios próximos ao hospital geral, em função de racionalização de

tinha sido tentada em vários países, que segundo ele, resultou em consequências desastrosas, não só em relação ao tratamento em si, mas também sob os aspectos administrativos, funcionais e operacionais, pois não foram observadas as exigências arquitetônicas, que são completamente diversas.

Enfatizou que as emendas apresentadas na ocasião representavam apenas um esboço daquilo que se deveria fazer para escoimar as incongruências e discrepâncias existentes no Projeto de Lei n. 3.657/89, contrárias aos interesses contratuais do setor privado motivo pelo qual afirmou manter sua proposta, não vislumbrando qualquer possibilidade de um acordo que eventualmente pudesse vir a ser proposto:

Não seria este o momento de buscarmos a aprovação deste projeto de lei, que por sua própria natureza se antecipa e conflita com as disposições da Lei Orgânica da Saúde, recentemente aprovada por esta casa. A maioria das postulações do Projeto de Lei n. 3.657 devem ser regulamentadas através de decisões emanadas do Conselho Nacional de Saúde, mediante propostas de órgãos técnicos do Ministério da Saúde. Quanto aos planos e programas de saúde de caráter regional, eles devem ser cometidos aos respectivos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, cuja criação e institucionalização constam da Mensagem n. 897, enviada a esta Casa pelo senhor Presidente da República, em 11 do corrente¹⁰⁸.

Em tom protelatório, tal argumentação não fundamentou o nível de conflito existente entre o Projeto de Lei Antimanicomial e a regulamentação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). De fato, em termos de descentralização administrativa e de estrutura organizacional dos entes da federação na promoção da saúde, inclusive mental, à luz da Carta Política de 1988, o Projeto de Lei Antimanicomial não estava em desarmonia com os art.4º, art.7º, VIII e IX e art.15 da Lei Orgânica da Saúde.

custos, suportes administrativos e de apoio, além das facilidades para o atendimento de eventuais intercorrências clínicas. Por tudo isto, reiteramos que alterações substanciais devem ser introduzidas no projeto em questão, sob pena de esta casa amanhã ser considerada como responsável por um sem-número de ocorrências desagradáveis, com repercussões sociais as mais sérias. Cf *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.476.

¹⁰⁸. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.476.

A partir desse momento, o deputado federal Roberto Jefferson (PTB/RJ) encaminhou a discussão da votação e justificou a posição do PTB contra o Projeto de Lei. Nesse caminho, disse não se ater às discussões de mérito – mera argumentação retórica, pois realizou o contrário- que estava a editar a Lei Basaglia, segundo Paulo Delgado (PT/MG):

O autor coloca esse aspecto em sua justificação. Trata-se de um diploma legal que abriu frenocômios e nosocômios na Itália, acabando com a internação compulsória, tanto nos casos de doentes crônicos como nos em crise aguda. Quando tinha menos de dez anos de vigência, essa lei já foi revogada pelo Senado italiano.[não foi revogada, mas descumprida por razões políticas] Então, estamos legislando na cópia, porque o próprio autor diz que seu trabalho é calcado na Lei Basaglia, votada há dez anos pelo Parlamento italiano, e depois modificada. Existe uma confusão muito grande, no que se refere ao mérito desse projeto de lei, entre doente crônico, aquele que precisa de tratamento nosocomial, e o doente em crise aguda, necessitando de tratamento em frenocômio. O projeto estabelece essa confusão, que nos preocupa. Por isso, o PTB vota contra, fugindo da análise do mérito [está claro aqui uma análise de mérito], pois quanto a isso o assunto já ficou decidido quando da apreciação da matéria na Comissão de Seguridade Social e Família, da qual sou Vice-Presidente. O maior defeito desse projeto são os conflitos de instância que ele provoca¹⁰⁹.

Lembrou também que foi aprovado sob o rito da urgência urgentíssima¹¹⁰, o projeto de lei, de relatoria do deputado federal Geraldo Alckimin Filho (PSDB/SP), que dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dava outras providências, enfatizando a redação do art. 1º, em seu § 2º da Lei 8.142/90, nova Lei Orgânica da Saúde¹¹¹.

¹⁰⁹. *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.476.

¹¹⁰. MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional**. 4. Ed. Rev. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 920: “ Os regimentos internos da Câmara e do Senado cuidam, ainda, de um rito sumaríssimo, frequentemente referido como de “urgência urgentíssima”, requerido por líderes partidários. Por esse rito, dispensam-se formalidades e prazos regimentais e se permite a automática inclusão da matéria na ordem do dia.

¹¹¹. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, na instância correspondente, inclusive aspectos econômicos e financeiros, cujas

Desse modo, criticou, alegando não querer entrar no mérito da proposição – mas entrou no mérito da proposta do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG)-, ao dizer que ela criava instâncias decisórias ou termos regionais com atuação superposta e conflitante com o próprio Conselho Nacional de Saúde¹¹².

O Projeto de Lei Antimanicomial, com a delegação de atribuições nas esferas estadual e municipal, ao que parece não teve a finalidade de se sobrepor ao recém criado Conselho Nacional de Saúde, prevendo inclusive uma ação integrada entre os entes da federação¹¹³. Tratava-se da emergência de uma política nacional de saúde mental com regulação normativa a partir da União, por consequência, do Ministério da Saúde.

Em relação à previsão do Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica (CERP), o parlamentar criticou o caráter constitucional da representação voluntária:

Agora, a representação não é mais a constitucional, nem a prevista na lei que votamos ontem - Lei Orgânica da Saúde - “... Os trabalhadores de saúde mental ... os usuários, familiares, poder público, Ordem dos Advogados e comunidade científica...” Então, é a criação de um órgão superposto ao já existente. Por isso, não me atenho à análise da discussão do mérito, referente a uma

decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de Governo.

¹¹². As administrações regionais disporão: “É competência das secretarias estaduais coordenar processo de substituição de leitos psiquiátricos. As secretarias estaduais constituirão conselho estadual de reforma psiquiátrica”. Estamos dando uma atribuição superposta ao Conselho Nacional de Saúde e à Secretaria Estadual de Saúde, e o recurso não é homologar as decisões das CIS - Comissões Interestaduais de Saúde. Para apresentarem, as administrações regionais disporão do tempo de um ano, a contar da data da aprovação desta lei. Isso se refere à administração regional. O aspecto de descentralização e hierarquização, em cada nível, federal, estadual e municipal, deixa de existir porque há uma centralização estadual. E continua: “.. para apresentarem à Comissão de Saúde do Poder Legislativo, em seu nível, planejamento, cronograma e implantação de novos recursos técnicos”. Então, essa comissão estadual apresenta o seu plano à Comissão de Saúde, que deliberará a respeito. Não é o Poder Legislativo de cada esfera, mas a Comissão de Saúde. Não é mais a Comissão Interinstitucional de Saúde, nem o Conselho Nacional. É um novo órgão que se cria superposto, paralelo, com poderes superiores aos do Conselho Nacional de Saúde. Ao final, diz: “Revogadas as disposições em contrário”. O Conselho tem uma composição, e o projeto estabelece para a Comissão Estadual outra composição. Diz o projeto: “O Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica..” Assim, estamos roubando do Conselho Nacional de Saúde e da Conferência Nacional da Saúde o poder de deliberar, quando têm o poder deliberativo. Cf. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172** de 15 de dezembro de 1990, p. 14.476.

¹¹³. Cabe ressaltar que a proposição do Projeto de Lei n. 3.657 ocorreu em 12 de setembro de 1989 e a aprovação das Leis n. 8.080 e n. 8.142, respectivamente, em 19 de setembro e 28 de dezembro de 1990.

legislação ultrapassada na própria Itália, que já revogou o que agora estamos estabelecendo aqui¹¹⁴.

Tal argumentação parlamentar não encontra assento jurídico, pois o mandamento constitucional prevê a participação da comunidade também como princípio e diretriz do Sistema Único de Saúde (art.198, III, CFRB/88), seja colaborando nas ações e serviços públicos de saúde (art. 2º, §2º e art.7º, VIII da Lei n.8.080/90), seja integrando órgãos como a Conferência de Saúde (art.1º, I e §1º da Lei n. 8.142/90) e Conselho de Saúde (art.1º, II e §2º da Lei n. 8.142/90). Assim, a previsão do Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica no Projeto de Lei Antimanicomial não ofendia o ordenamento jurídico brasileiro.

Cabe ressaltar que na Itália, em 1990, a Lei n.180 ainda estava em vigor e enfrentava fortes resistências dos partidos políticos conservadores. O discurso do parlamentar sobre a revogação do dispositivo jurídico italiano de extinção dos leitos manicomiais é inverídico.

Em discurso final ao Projeto de Lei Antimanicomial, o deputado Roberto Jefferson (PTB/RJ) afirmou que a proibição da internação compulsória, que havia também na Lei Basaglia, porque os loucos andavam nus, defecados e urinados pelo meio da rua, à época dos debates legislativos na Câmara, estava revogada:

Contudo, estamos readotando esse princípio no Brasil, embora constituindo poderes de instâncias decisórias superiores na esfera estadual, como diz o Conselho Nacional de Saúde. Por esse motivo, a liderança do PTB fundamenta seu voto contrário e pede à sua bancada que a acompanhe, votando contra o projeto e a favor da emenda do honrado deputado Mozarildo Cavalcanti¹¹⁵.

Concedida a palavra ao deputado federal Eduardo Jorge (PT/SP) no encaminhamento da votação, o parlamentar apresentou suas considerações a favor do Projeto de Lei Antimanicomial.

¹¹⁴. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.476.

¹¹⁵. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.477.

Consignou também que sem querer polemizar com o deputado federal Roberto Jefferson (PTB/RJ), alertou-o sobre a necessidade de analisar o projeto com mais cuidado, sobretudo a questão da internação compulsória ainda presente, porém com limites tendo em vista a eliminação de arbitrariedades e violências cometidas com as pessoas portadoras de transtorno mental. Defendeu a descentralização administrativa de saúde, uma vez que segundo ele, não existiria conflito algum de competência:

Quanto aos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, conforme a Lei Orgânica de Saúde e no projeto aprovado ontem na Câmara dos Deputados, não há conflito algum. Inclusive eu havia tentado explicar isso ao Deputado do PTB. O que vai acontecer é o seguinte: em termos de governo estadual, o Conselho Estadual de Saúde pode criar conselhos setoriais e comissões setoriais na área de saúde mental, de vigilância epidemiológica, de medicamentos etc. Esse conselho estadual de reforma psiquiátrica nada mais é do que um conselho setorial subordinado ao Conselho Estadual de Saúde. Não há aí qualquer conflito. Quero tranquilizar o Deputado do PTB e os demais deputados e parabenizar o nobre Deputado Paulo Delgado pela aprovação desse projeto, que representará grande avanço no sistema de saúde brasileiro¹¹⁶.

Finalizando a discussão no Plenário da Câmara, no primeiro momento, o presidente Inocêncio Oliveira submeteu à votação a emenda de n. 08¹¹⁷, bem como as emendas que a Comissão de Constituição e Justiça e de Redação¹¹⁸ e a Comissão de Seguridade Social e Família¹¹⁹ ofereceram. Todas foram aprovadas, contra o voto da deputada federal Sandra Cavalcanti (PFL/RJ).

No segundo momento, foram submetidas as emendas modificativas de n. 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07. Todas foram rejeitadas, contra os votos do PTB e da deputada federal Sandra Cavalcanti. Após a aprovação da redação

¹¹⁶. *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 172* de 15 de dezembro de 1990, p. 14.477.

¹¹⁷. Acrescente-se ao art. 1º, o seguinte parágrafo: § Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada a implantação do disposto no caput do artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

¹¹⁸. Substitua-se no art. 4º do projeto a referência a Decreto-Lei n. 24.559, de 3-7-34 por Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934.

¹¹⁹. Acrescente-se ao art. 1º o seguinte parágrafo único: Parágrafo único: Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

final do substitutivo a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados enviou o despacho ao Senado Federal (PL n. 3.657 –B/89)¹²⁰.

4.9 Processo legislativo no Senado Federal

4.9.1 Procedimentos preliminares

Em 18 de fevereiro de 1991, houve a leitura do Projeto de Lei n. 3.657-B/89, no Plenário do Senado Federal, que foi enviado pela Câmara dos Deputados através do Of.PS/GSE 001, de 15 de janeiro de 1991, assinado pelo deputado federal Inocêncio Oliveira (PFL/PE), publicado como Projeto de Lei da Câmara (PLC) n. 8 de 1991 (ANEXO IV)¹²¹, ocasião em que a Mesa Diretora despachou para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

Já na Comissão de Assuntos Sociais, no dia 04 de abril, houve avocação pelo Senador Almir Gabriel (PSDB/PA). Entretanto, no dia 10 de junho, decidiu-se pela relatoria do PLC n. 8/91 a cargo do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS).

4.9.2 Emenda modificativa n. 01

No dia 28 de junho, foram juntadas as emendas modificativas n. 1 e n. 2 de autoria do senador José Fogaça (PMDB/RS). A emenda n. 1 dava ao art. 1º do Projeto de Lei da Câmara n. 8 a seguinte redação: Art.1º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos manicômios públicos. Segundo a alegação do parlamentar, na justificação de proposta, tal mudança visava atender aos fins substantivos e sistemáticos do Projeto de Lei Antimanicomial, na forma originária idealizada pelo deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), uma vez que tinha como escopo primordial,

¹²⁰. A Mesa Diretora da Câmara dos Deputados realizou a remessa ao Senado Federal através do OF PS/GSE/001/91. **Diário do Congresso Nacional da República Federativa do Brasil. Seção I -Ano XLV – n. 172**, Câmara dos Deputados, p. 14-479.

¹²¹. A apresentação do Projeto de Lei n. 8 da Câmara foi publicada no **Diário do Congresso Nacional – Senado Federal - Ano XLVI- n.6** de 19 de fevereiro de 1991, p. 207 - 211.

conforme a sua ementa, a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória.

Em uma primeira análise da justificativa do senador José Fogaça (PMDB/RS) a partir da utilização da ementa do Projeto de Lei Antimanicomial, nota-se que a proibição, citada pelo parlamentar, não estava restrita tão somente à criação de novos manicômios públicos, mas inclusive a extinção dos já existentes no território nacional. É possível inferir que se iniciou no Senado Federal, a partir de então, o discurso de manutenção da unidade hospitalar psiquiátrica especializada.

De acordo com José Fogaça (PMDB/RS), o art. 1º do Projeto de Lei Antimanicomial estabelecia grande confusão entre manicômio e hospital psiquiátrico, ferindo o próprio espírito da lei e gerando dificuldades de ordem técnico-assistencial em saúde pública. Segundo o senador, o termo “manicômio”, embora literal e, etimologicamente, signifique “hospital de doidos” (do grego *mani*, es = louco + *komeo*, ô = lugar onde se trata, hospital) assumiu a conotação pejorativa de instituição asilar, colônia, lugar onde se segregava, pela primitiva denominação em décadas passadas, os doentes mentais, que não tinham, a esta época, recursos eficazes para o seu tratamento e reinserção social¹²².

Nessa tentativa de distinguir o conceito de manicômio da concepção de hospital psiquiátrico, em defesa da instituição hospitalar, o parlamentar em seu discurso, não considerou que o sentido pejorativo atribuído ao termo manicômio não foi dado ao acaso, mas nasceu como resultado da sua utilização contingente e histórica de estratégia de controle social. Dessa maneira, é razoável que a compressão do manicômio assuma esse caráter pejorativo; além disso, seria indefensável admiti-lo como *locus* terapêutico.

Assim, a estrutura asilar não se tornou manicomial, uma vez que desde sua concepção já continha elementos de segregação social. Os hospitais

¹²². Apresentação de Emendas do Senador José Fogaça (PMDB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 2.

psiquiátricos, por sua vez, mantiveram a reprodução da lógica manicomial, como fica evidente na história da psiquiatria brasileira.

Segundo José Fogaça (PMDB/RS), não obstante os modernos métodos terapêuticos que libertavam os psicóticos da crise e permitiam sua ressocialização, se manteve no país, por descaso do Poder Público, os gigantes manicômios, antigas colônias, povoados por extenso contingente de pacientes já cronificados e abandonados por suas famílias, bem como por enfermos agudos, mas indigentes, que passaram a sofrer a influência perniciosa do ambiente inadequado e iatrogênico¹²³.

Todavia, o parlamentar não explicitou quais eram os “modernos métodos terapêuticos” referenciados. É importante considerar que o projeto de medicalização da sociedade brasileira não era obra do “descaso do Poder Público”, pelo contrário, tratava-se de uma proposta de Estado respaldada em medidas jurídicas e psiquiátricas que tinham por destinatário, sobretudo, os mais desfavorecidos econômica e socialmente.

Como demonstrado, havia uma gestão administrativo-financeira do espaço asilar, além das medidas que buscavam “curar” os loucos. Assim, não é razoável afirmar que foi o “descaso do Poder Público”, pois foi o Estado, através das políticas de assistência em saúde mental, que respaldou, juridicamente, as medidas psiquiátricas.

Ao defender o hospital psiquiátrico, Fogaça (PMDB/RS) afirmou que se tratava de instituição existente em todos os países do mundo, sem exceção, e era entendido como instância de referência ou o *locus* especializado, onde se tratava determinados doentes mentais nas fases agudas ou de reagudização, constituindo-se numa das inúmeras formas de atendimento em saúde mental e, não, a exclusiva¹²⁴.

¹²³. Apresentação de Emendas do Senador José Fogaça (PMDB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 2-3.

¹²⁴. “De resto, tanto a inclusão do termo, “hospitais psiquiátricos”, no art.2º, e sua substituição, no art.1º, por “manicômio”, como a supressão do impedimento de contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos visam, sobretudo, o aperfeiçoamento do Projeto de Lei, reconduzindo-o ao leito do seu escopo maior e impedindo que necessidades prementes da saúde pública e a demanda reprimida em algumas regiões do Brasil deixem de ser atendidas pela impossibilidade legal de criação de serviços necessários ao povo. Mantem-se, assim, o desiderato do Projeto de Lei de mudar-se o modelo atual de atenção à doença psíquica, isto é, passando de hospitalocêntrico, quando se privilegia a internação, para um modelo mais consentâneo com os avanços da moderna psicofarmacoterapia e com as recentes e eficientes abordagens nos procedimentos de ressocialização do enfermo psiquiátrico. Não obstante,

Sua existência é necessária para inúmeros casos, segundo o parlamentar, principalmente pelas peculiaridades da enfermidade mental, da mesma forma que se justifica a existência de hospitais de referência para o tratamento das doenças do aparelho locomotor, pelas peculiaridades destas, tais como os mantidos pela Fundação das Pioneiras Sociais¹²⁵.

A proposta de Fogaça (PMDB/RS) buscou preservar a existência do hospital psiquiátrico, não mais como centro do tratamento (modelo hospitalocêntrico), mas como parte integrante de um sistema terapêutico, utilizado, sobretudo, como recurso último para os casos de fase agudas ou de reagudização, em razão da peculiaridade da doença.

4.9.3 Emenda modificativa n.02

Já a emenda modificativa n. 2 propunha nova redação ao art. 2º do Projeto de Lei Antimanicomial: “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-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital psiquiátrico, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centro de convivência, pensões e outros, bem como a progressiva extinção dos leitos de características manicomial”¹²⁶.

Quanto à justificativa da proposta, Fogaça (PMDB/RS) apresentou as mesmas razões feitas em relação à emenda modificativa n.1, sem acrescentar novas razões para essa alteração da gestão administrativa no planejamento da reforma psiquiátrica brasileira¹²⁷. Nesse sentido, é possível

clareia-se o seu objetivo político e técnico, não se excluindo, de forma radical, o recurso imprescindível do hospital psiquiátrico para os casos que requeiram a sua utilização”. Cf. Apresentação de Emendas do Senador José Fogaça (PMDB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 3 - 4.

¹²⁵. Apresentação de Emendas do Senador José Fogaça (PMDB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 3.

¹²⁶. Apresentação de Emendas do Senador José Fogaça (PMDB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 5.

¹²⁷. Apresentação de Emendas do Senador José Fogaça (PMDB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 6 - 8.

afirmar que seu discurso parlamentar pautou-se pela permanência do hospital psiquiátrico, incluindo-o dentro da reforma psiquiátrica ao tentar afastá-lo do conceito de manicômio, em nome da peculiaridade e especificidade do tratamento mental.

4.9.4 Emenda modificativa n.03

Em 15 de agosto de 1991, encerrou-se o prazo para as propostas de alteração na Comissão de Assuntos Sociais, com a apresentação da emenda modificativa n. 3 de autoria do senador Lourival Baptista (PFL/SE), propondo a alteração do prazo de 24 horas para 72 horas no art.3º, §2º do Projeto de Lei da Câmara n.8/91.

O objetivo era corrigir, no PLC n.8/91, o prazo, tecnicamente, exíguo para uma avaliação eficaz, considerando a exigência prevista neste artigo da Defensoria Pública ou outra autoridade judiciária designada, ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e a quem julgar conveniente, emitindo parecer no prazo de apenas 24 horas sobre a legalidade da internação. Prazo esse que na prática não se cumpriria, de acordo com Lourival Baptista (PFL/SE), devido às próprias características e peculiaridades, próprias e subjetivas, que envolvem este tipo de tratamento emergencial e providências dele decorrentes.

Esta emenda permitiria assegurar, em termos de prazo indispensável, a internação e tratamento de emergência em casos agudos, bem como as providências de ordem legal, segundo avaliação criteriosa dos casos previstos, de acordo com o parlamentar¹²⁸.

O objetivo central desse emenda foi discutir o prazo para emissão do parecer de legalidade sobre o tratamento psiquiátrico. O parlamentar partiu da premissa dos “casos agudos”, em nome das “peculiaridades que este tipo de tratamento emergencial” para justificar o aumento do lapso temporal. Todavia, é preciso considerar que o aspecto imediato do controle

¹²⁸. Apresentação de Emenda do Senador Lourival Baptista (PFL/SE). *Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991*. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 21 - 22.

judicial em menor tempo possível sinaliza uma melhor eficiência da administração judicial na assecuridade dos direitos e garantias da pessoa em sofrimento psíquico.

Em 11 de setembro de 1991, as emendas foram devolvidas, após a apreciação, pelo relator José Paulo Bisol (PSB/RS), ocasião em que a matéria apresentou condições de ser incluída na pauta de reunião da Comissão de Assuntos Sociais.

4.9.5 Relatoria, Apreciação do Projeto de Lei n.8/91 e das emendas modificativas – Senador José Paulo Bisol

Em 28 de Outubro de 1991, houve a anexação do Of. 040 do senador federal José Paulo Bisol (PSB/RS), relator da matéria. Ocasão em que também foram apreciadas as emendas modificativas propostas por José Fogaça (PMDB/RS) e Lourival Baptista (PFL/SE).

Nessa relatoria, inicialmente, o parlamentar José Paulo Bisol (PSB/RS) realizou um resumo da tramitação do Projeto de Lei Antimanicomial na Câmara dos Deputados, afirmando que a aprovação naquela Casa Legislativa estabeleceu: (I) a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos¹²⁹, (II) a proibição de contratação ou financiamento pela Administração Pública, de novos leitos em hospital psiquiátrico, salvo nas regiões sem estrutura ambulatorial adequada¹³⁰ e (III) a base institucional para uma Reforma Psiquiátrica que seria gradativa e consistiria em substituir o atual sistema hospitalocêntrico de assistência ao doente mental por um sistema diversificado de recursos advindos da construção de uma rede integrada de serviços.

De acordo com o parlamentar, o sistema substitutivo seria composto por ambulatorios, hospitais-dia, hospitais-noite, unidades de emergência psiquiátrica nos hospitais gerais, centro de convivência, centros comunitários, centros de atenção intensiva, centros de atenção integral, lares abrigados, pensões protegidas, cooperativas, oficinas para atividades construtivas, etc., de tal forma que as internações hospitalares fossem reduzidas ao, estritamente, necessário e realizadas em unidades especializadas em hospitais gerais¹³¹ e, por fim, (IV) o controle judicial das internações compulsórias¹³².

¹²⁹. Art.1º, PL 3.657-B /89.

¹³⁰. Art.1º,§1º, PL 3.657-B/89.

¹³¹. Importa salientar que o art. 2º do PL n. 3.657- 89/91, apresenta como recursos não-manicomial as unidades de psiquiatria em hospital geral, ambulatorios, hospital-dia, hospital-noite, centros de convivência, centros de atenção e pensões, além de outros. Cabendo, assim, uma interpretação extensiva, com previsão de rol não taxativo, como decorre do entendimento parlamentar ao citar os lares abrigados, cooperativas e oficinas para atividades construtivas.

¹³². Art. 3º, PL n. 3.657-B/89.

Em sua relatoria preliminar dos debates na Câmara dos Deputados, José Paulo Bisol(PSB/RS) não falou sobre o fim dos hospitais psiquiátricos, exclusivamente, privados. Em relação à sustentação ético-filosófica do Projeto de Lei Antimanicomial, o parlamentar disse que três evidências demonstravam a importância e necessidade da proposta: (I) a doença mental não excluiria a dignidade da pessoa humana e o seu pressuposto, a liberdade; (II) a doença mental não excluiria a justiça como exigência inerente à dignidade da pessoa humana e (III) a doença mental não excluiria a cidadania, sobretudo seu substrato, o direito à convivência social¹³³.

Em que pese, na Câmara dos Deputados, já ter ocorrido discussões no sentido da preservação (zelo) do direito do internado, foi no Senado Federal que pela primeira vez, nas discussões legislativas, ficava evidente e explicitada a relação do tema da doença mental com a dignidade da pessoa humana, a liberdade, a justiça, a cidadania e a convivência social. Discussões temáticas que seriam cada vez mais aprofundadas ao longo dos debates parlamentares no âmbito jurídico e no campo científico.

Essas três evidências, salientou José Paulo Bisol (PSB/RS), mostravam que a sociedade e o Estado tinham deveres mal cumpridos para com os doentes mentais, sobretudo, o de lhes dar condições de exercer a própria humanidade como humanidade convivida, o que induziria a redução das internações involuntárias ao limite extremo da impossibilidade objetiva de não realizá-las¹³⁴.

De modo crítico, o parlamentar a partir dos pressupostos teórico-filosóficos, reconheceu a fragilidade do Estado no desenvolvimento de políticas públicas no tratamento psiquiátrico que possibilitassem a reinserção, na sociedade, da pessoa em sofrimento psíquico, chamada por ele de “doente mental”. Responsabilizou, assim, o Estado e a sociedade em falhar no reconhecimento da cidadania da pessoa em sofrimento mental.

¹³³. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 22 - 23.

¹³⁴. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol(PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 23.

Reconheceu também que o isolamento proporcionado pelo tratamento psiquiátrico retirava o “doente mental” da “humanidade convivida”. A reinserção da pessoa em sofrimento psíquico no âmbito familiar e a importância dessa interação na terapêutica marcaram os debates no Senado Federal.

José Paulo Bisol (PSB/RS) dividiu o Projeto de Lei Antimanicomial em três mandamentos legais básicos¹³⁵, a saber: (I) proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, (II) proibição da Administração Pública de contratar ou financiar novos leitos em hospitais psiquiátricos, salvo em regiões sem recursos alternativos, e (III) estabelecimento do controle judicial das internações compulsórias em hospitais psiquiátricos. Nota-se que ele não falou da extinção do hospital psiquiátrico exclusivamente privado, como uma das preocupações mandamentais.

Afirmava o parlamentar que essas diretrizes eram fortes, modernas e pragmáticas em relação ao cenário internacional em saúde mental, desde 1960, na Itália, Inglaterra, França, Alemanha, Canadá, Estados Unidos e outros países. Criticou o exemplo da Itália com Franco Basaglia¹³⁶ que, segundo o parlamentar, em vez da desconstrução paulatina dos preceitos institucionais do hospital psiquiátrico, tentou acabar com a instituição, razão do fracasso da Reforma Italiana e da revisão da legislação¹³⁷.

Segundo José Paulo Bisol (PSB/RS), a razão do fracasso da Reforma Italiana foi a abolição dos manicômios como primeira medida terapêutica. De modo genérico, o parlamentar, defensor da desconstrução “paulatina”, afirmou isso em seu discurso, desconsiderando todos os avanços que a Psiquiatria Democrática Italiana representou no campo da assistência psiquiátrica e na promoção da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico.

¹³⁵. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol(PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 23.

¹³⁶. “A Itália, com Franco Basaglia de mentor, criou um modelo chamado de desinstitucionalização, ou seja, como disse Franco Rotelli, um modelo de desconstrução lenta e gradual de todos os preceitos do hospital psiquiátrico e de construção fora do mesmo, de novos serviços que tivessem uma lógica inversa à da exclusão, do internamento, da opressão própria dos hospitais psiquiátricos”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 24.

¹³⁷. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 23 - 24.

Ao citar o exemplo da desospitalização nos Estados Unidos e a fundamentação do fracasso maior em relação à Itália, o parlamentar afirmou que os americanos ao custo de fechar os hospitais, se puseram a soltar os doentes mentais nas ruas. Evento que marcou o fracasso, bem como a revisão do procedimento terapêutico¹³⁸.

Outros países como o Canadá e a Inglaterra, afirmava o parlamentar, construíram excelentes redes de serviços alternativos, conseguindo aprimorar a atenção aos doentes mentais sem, entretanto, reduzir consideravelmente as internações em hospitais psiquiátricos. O mesmo ocorreu, *mutatis mutandis*, em todos os países da Europa Ocidental, o que legitima a conclusão de Franco Rotelli no sentido de que suplantam os hospitais revelou-se por enquanto, uma ilusão, afirmou Bisol (PSB/RS)¹³⁹.

José Paulo Bisol (PSB/RS) não citou a referência da consideração de Rotelli, tratando-se de uma apropriação da ideia do autor e sua ressignificação para justificar argumentos no sentido da permanência do hospital psiquiátrico não sob a perspectiva central do tratamento¹⁴⁰. Além disso, Bisol (PSB/RS) foi, duramente, advertido por Franco Rotelli em ofício enviado ao parlamentar, exortando-o quando à apropriação indevida do pensamento dele. Em linhas gerais, Rotelli reforçou que em nenhum momento disse que a extinção dos manicômios na Itália tratava-se de ilusão, bem como a reforma da Lei n.180 desejava a permanência dos manicômios com instância de tratamento¹⁴¹.

¹³⁸. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 24.

¹³⁹. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 24.

¹⁴⁰. Conclui que não se desentranharia desses fatos a conclusão de que a ideia da reforma psiquiátrica deva ser posta de lado. “Pelo contrário, a centralização da atenção aos doentes mentais no hospital psiquiátrico continua sendo objeto das mais incisivas condenações de natureza científica, técnica e social, moral, jurídica e política. Às razões que basearam essas condenações a nossa experiência acrescenta o triste fato de que o sistema hospitalocêntrico engendrou e nutriu uma cultura discriminatória que acabou fazendo de todos os doentes mentais, ricos ou pobres, verdadeiros párias sociais”, afirma José Paulo Bisol (PSB/RS). Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 24 - 25.

¹⁴¹. Ofício datado de 19 de Outubro de 1991, assinado por Franco Rotelli, da Direzione dei Servizi Psichiatrici di Trieste -Itália, endereçado à Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal.

A partir da premissa do cenário legislativo internacional no campo da saúde mental, o parlamentar José Paulo Bisol (PSB/RS) destacou a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Venezuela e a aprovação da Declaração de Caracas (1990), da qual o Brasil é signatário, a fim de reforçar a diretriz de mudanças na reestruturação da atenção psiquiátrica¹⁴². Nesse sentido, não havia evidências na Declaração de Caracas de propostas que visassem à extinção do hospital psiquiátrico (público e privado), apenas orientação para seu deslocamento da centralidade da assistência em saúde mental, bem como na preservação da dignidade humana e dos direitos civis, exercidos, sobretudo, no seio da comunidade social.

Outro documento citado pelo senador Bisol (PSB/RS), tratava-se do Informe de 1991 da Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), em relação à crítica ao caráter segregacional, discriminatório e opressivo das internações psiquiátricas. Denominado de “Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, documento que também não previa o fim dos hospitais psiquiátricos (públicos e privados), ao regulamentar através de princípios uma série de direitos e garantias para as pessoas em sofrimento psíquico, por ocasião da internação psiquiátrica voluntária ou involuntária.

Segundo o parlamentar, espírito do documento sugeria uma profunda alteração institucional do hospital psiquiátrico, para, mediante o controle social das internações, garantir ao doente mental a dignidade da sua pessoa humana e a plenitude de sua condição de cidadão¹⁴³. Verifica-se o discurso da construção da dignidade e do acesso à cidadania a partir do

¹⁴². Dessa declaração consta “que a reestruturação da atenção psiquiátrica implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços”, consta ainda que “que a capacitação de recursos humanos em saúde mental e em psiquiátrica deve ser feita de acordo com um modelo cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e recomenda a internação psiquiátrica – quando necessária- em hospitais gerais..” de modo a fundar um sistema que se incline para a “manutenção do doente em seu meio comunitário” e para “salvaguardar invariavelmente, a dignidade pessoa e os direitos humanos e civis” Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 25.

¹⁴³. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 25 -26.

diagnóstico psiquiátrico, como elemento fundamental da relação Estado e “doente mental”.

A partir dessas argumentações, José Paulo Bisol (PSB/RS) afirmou que a sua proposta legislativa substitutiva estava relacionada com o pressuposto de que, no estágio à época da atenção aos doentes mentais, era precipitado dissolver ou tentar dissolver o hospital psiquiátrico¹⁴⁴.

Assumiui que a questão era dilemática, pois, contra a ideia de dissolução nascia a alternativa de, como diziam os psiquiatras de Trieste, “desinstitucionalizar”, ou seja, inverter a institucionalidade do hospital psiquiátrico, o que significa desentranhar dele o ranço segregacional e opressivo imprimindo-lhe uma lógica inversa à da estigmatização, da reclusão e da cronificação, hipótese em que ele pode ser um importante recurso de atenção e tratamento do doente mental¹⁴⁵.

Novamente, Bisol (PSB/RS) fez uma releitura e apropriação do conceito de desinstitucionalização, de modo a justificar a permanência do hospital psiquiátrico humanizado como recurso para a preservação da dignidade da pessoa humana e da cidadania no âmbito do convívio social. Em outras palavras, criticou a Reforma Italiana, utilizando-se de argumentos centrais para a sua implementação (extinção dos manicômios) em defesa do hospital psiquiátrico. A Psiquiatria Democrática Italiana praticada em Trieste não tinha por objetivo revitalizar o hospital psiquiátrico! Eis uma aporia¹⁴⁶.

De modo explícito, ratificando a hipótese apresentada na fase da Câmara dos Deputados de que o Projeto de Lei Antimanicomial não continha a previsão da extinção do hospital psiquiátrico exclusivamente privado, Bisol (PSB/RS) salientou que os dois primeiros passos da Reforma

¹⁴⁴. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 26.

¹⁴⁵. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 26.

¹⁴⁶. O senador federal José Paulo Bisol (PSB/RS), equivocadamente, afirmou que os psiquiatras de Trieste buscavam “humanizar” o hospital psiquiátrico através da noção de “desinstitucionalização”. Pelo contrário, buscavam extinguir os manicômios e hospitais psiquiátricos em função da construção de uma rede alternativa de assistência psiquiátrica extra-muro.

Psiquiátrica brasileira deveriam ser (I) as proibições da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e (II) da contratação e financiamento pela Administração Pública de novos leitos em hospitais psiquiátricos privados decorrente da necessidade de alocar recursos financeiros para construir a infraestrutura do novo sistema de tratamento, assistência, proteção e custódia dos doentes mentais¹⁴⁷.

Além disso, verificou-se a necessidade de deslocamento das verbas públicas do sustento da rede manicomial para a rede substitutiva¹⁴⁸. Nesse sentido, José Paulo Bisol (PSB/RS) reconheceu a possibilidade, a partir de padrões orçamentários, da viabilidade e da exequibilidade do caráter gradual da implantação da reforma psiquiátrica, destacando que havia consenso no sentido de que a maioria das internações em hospitais psiquiátricos só se justificava pela ausência de recursos alternativos¹⁴⁹.

A reforma psiquiátrica proposta por José Paulo Bisol (PSB/RS) apresentava o hospital psiquiátrico como um importante instrumento da própria mudança, desde que invertida a substância estigmatizante e opressiva de sua institucionalidade. Evidenciava-se, assim, a defesa do argumento do processo de humanização do hospital psiquiátrico e sua permanência como recurso de tratamento: “O hospital psiquiátrico, se for capaz de inverter a substância estigmatizante e opressiva de sua institucionalidade,

¹⁴⁷. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 26 - 27.

¹⁴⁸. “Trata-se de alocação corrigida de verbas públicas habituais, o que se mostra, em primeiro lugar, a clarividência e o realismo da proposta institucional. Aliás, há uma relação de complementaridade material entre as duas proibições e o processo de substituição do sistema, pois, durante a implantação da reforma, conforme o substitutivo, as verbas destinadas à construção de hospitais serão destinadas à construção de ambulatórios, unidades de internação em hospitais gerais, unidades de emergência em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de atenção integral, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção intensiva, lares abrigados, pensões protegidas, cooperativas, oficinas para atividades construtivas e assim por diante, de tal sorte que as internações desnecessárias, realizadas somente em razão da ausência desses recursos alternativos, deixarão de ocorrer, implicando num automática e progressiva redução da necessidade de hospitais psiquiátricos públicos e de contratação ou financiamento de novos leitos hospitalares privados”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 27.

¹⁴⁹. “O que significa que iniciada a implantação dos aludidos recursos imediatamente se verificará a correlata redução da necessidade de leitos hospitalares, mas não significa a dissolução do hospital psiquiátrico e sim de sua hegemonia”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 28.

poderá vir a ser, em futuro próximo, um importante instrumento da própria reforma psiquiátrica”¹⁵⁰.

Quanto ao controle das internações involuntárias, o senador afirmou que tal medida estava consagrada pelas legislações mais avançadas e, segundo ele, no ordenamento jurídico brasileiro, era um imperativo constitucional, a partir do teor do art.5º, LIV da CRFB/88¹⁵¹. Observa-se, nesse momento legislativo, uma aproximação, feita pelo parlamentar, do princípio do devido processo legal (*due process of law*) com o controle das internações involuntárias.

Em linhas preliminares, o devido processo legal inicia-se com a deflagração de indícios de ilícitos de natureza administrativa ou criminal. Assim, comparar tal medida assecuratória com o controle das internações psiquiátricas, é partir do pressuposto de que a pessoa em sofrimento psíquico por sua natureza já é errante, desviante das normas jurídicas, seja no plano administrativo, seja no plano penal: um desadaptado natural.

Tal perspectiva demonstra uma clara discriminação com a pessoa em sofrimento psíquico, disposição contrária inclusive aos documentos citados pelo parlamentar para justificar a “humanização” do hospital psiquiátrico como a Declaração de Caracas (1990) e a Declaração de Proteção às Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e Melhoria da Assistência à Saúde Mental (1991), além de ,à luz da Carta Política de 1988 ,ser indefensável tal discurso.

Complementa o parlamentar em sua análise que, a não aplicação do dispositivo do devido processo legal nas internações involuntárias para tratamento, assistência, proteção e custódia de doentes mentais só se explicava pela conhecida deficiência operacional das instituições brasileiras¹⁵².

¹⁵⁰. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 28.

¹⁵¹. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 28.

¹⁵². Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 28 - 29.

A não aplicação do devido processo legal pelas instituições brasileiras nos casos de internação psiquiátrica ocorre não por “conhecida deficiência operacional das instituições brasileiras”, mas porque tal princípio parte do ato de persecução de um ilícito seja de natureza administrativa e penal, reforçando o argumento falacioso da periculosidade social da pessoa em sofrimento psíquico¹⁵³. Por outro lado, a inércia estatal e a manutenção do aparato jurídico-psiquiátrico no tratamento que se fazia degradante em relação à pessoa em sofrimento psíquico, revelava-se um problema institucional.

Prosseguindo em sua justificativa, o senador José Paulo Bisol (PSB/RS) afirmou que não discutiria o pretenso argumento de que o devido processo legal não alcançava os doentes, pois, segundo ele, tratava-se de alegação cuja imoralidade só não se manifestava, claramente, em razão do cinismo daqueles que se diziam realistas, encobrendo com desvios retóricos as relações da doença mental com o livre arbítrio¹⁵⁴.

Ao partir da hipótese de que a doença mental afetava ou poderia afetar o livre-arbítrio e, por consequência, o uso da razão, o parlamentar reforçava ainda mais a aplicação do imperativo constitucional do devido processo legal¹⁵⁵. Ademais, ressaltou o princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional (art.5º, XXXX, CRFB/ 88), alegando que o controle das internações psiquiátricas, no regime democrático, implicava a universalidade e a reciprocidade de procedimentos socialmente relevantes. Todavia, é importante ressaltar que o controle exercido pelo Poder Judiciário, nos

¹⁵³. É curioso notar que o escopo de alterações na assistência psiquiátrica brasileira tinha por fundamento o modelo da Psiquiatria Democrática Italiana que, justamente, criticava a perspectiva do louco como um perigo social. Assim, a experiência italiana buscou afastar tal olhar sobre a loucura, reposicionando-a em outro lugar social. Como se observa, no cenário brasileiro de debates legislativos, buscava-se, paradoxalmente, justificar por procedimentos jurídicos a periculosidade social do louco.

¹⁵⁴. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 29.

¹⁵⁵. Veja como entende a relação entre o âmbito jurídico e psiquiátrico, o senador José Paulo Bisol (PSB/RS): “Diga-se de passagem, que a resistência que alguns psiquiatras oferecem ao controle das internações nasce de um desvio de foco. Supõe que a decisão técnico-científica é deslocada de seu titular, o profissional especializado em psiquiatria, para um leigo, seja ele o juiz de direito ou outro órgão estatal. Não é o que ocorre, pois, no aspecto estritamente psiquiátrico, ou a decisão daquele órgão homologa o diagnóstico ou ela se sustenta em perícia realizada por profissionais especializados”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 29.

processos administrativos, não compreende o mérito das decisões, apenas a legalidade do procedimento.

Ainda inserido nesse debate sobre o controle das internações de doentes mentais no campo jurídico e psiquiátrico, Bisol (PSB/RS) salientou que, a teor do projeto, a internação psiquiátrica *a priori* era realizada, independentemente, de qualquer controle do Estado ou da sociedade. Vale dizer, que o devido processo legal, segundo ele, se perfazia *a posteriori*, nada interferindo em relação ao momento mais oportuno da internação necessária¹⁵⁶. Ou seja, o controle jurídico não interferindo no encargo do psiquiatra em sua avaliação preliminar.

Defender o uso do procedimento do devido processo legal para internar pessoas em sofrimento psíquico na persecução da investigação do Estado é, no mínimo, preocupante no contexto da história constitucional brasileira. Implica em relacionar os princípios de ampla defesa e do contraditório¹⁵⁷ na avaliação do procedimento em saúde mental, ao colocar a pessoa já vulnerável pelo sofrimento psíquico no polo passivo de uma relação de controle estatal da regulação da loucura. Cabem algumas indagações: qual foi o ilícito administrativo ou penal que cometeu para iniciar um processo? Ser louco é a condição, a premissa do “erro natural”?

José Paulo Bisol (PSB/RS) apresentou um tópico denominado de “questão infeliz” ao fazer alusão à extinção dos hospitais psiquiátricos proposta na ementa, em contraposição ao art.2º, *caput* do Projeto de Lei Antimanicomial que previa a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial¹⁵⁸.

O projeto de lei substitutivo de José Paulo Bisol (PSB/RS) encampou aspectos, em matéria de internações de natureza psiquiátrica, da Declaração de Caracas (1990) : internação somente se e quando necessária, e

¹⁵⁶. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 30.

¹⁵⁷. Art. 5º, LV, da Constituição Federal de 1988.

¹⁵⁸. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 30.

sempre em unidades especializadas dos hospitais gerais¹⁵⁹. Observe que o item 5 da Declaração de Caracas não trata sobre condição de admissibilidade da internação psiquiátrica.

O substitutivo assumia esse rumo sem abraçar como ideia final a futura dissolução dos hospitais psiquiátricos e sem se opor a essa possibilidade, estimulando-os a se afeiçoarem ao novo modelo em todos os níveis, o profilático (prevenção primária), o de diagnóstico e terapêutica (prevenção secundária) e o de reabilitação (prevenção terciária), afirmou Bisol (PSB/RS)¹⁶⁰.

Mais uma vez fica evidente que a eliminação total da participação da iniciativa privada através dos hospitais psiquiátricos não estava no escopo dos debates legislativos, pois afirmava José Paulo Bisol (PSB/RS) que não se cogitava da extinção da iniciativa privada de construir e manter hospitais psiquiátricos, nem se cogitava de internações voluntárias em hospitais psiquiátricos ou similares. As proibições do projeto se circunscreviam à iniciativa pública: “ **Entenda-se: não se cogita de extinguir a iniciativa privada de construir e manter hospitais psiquiátricos** nem se cogita de internações voluntárias em hospitais psiquiátricos ou similares. **As proibições do projeto se circunscrevem à iniciativa pública**” ¹⁶¹ (grifo nosso).

Cogitava-se, efetivamente, na implantação de um modelo de Administração Pública em saúde mental que criasse uma rede de recursos alternativos, os quais reduziriam, gradativamente, a necessidade de internações involuntárias até que se alcançasse a possibilidade concreta de só internar quando não existisse outra alternativa de igual ou superior eficácia¹⁶².

¹⁵⁹. Item 5 da Declaração de Caracas: Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação.

¹⁶⁰. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 31.

¹⁶¹. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 31.

¹⁶². Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 31.

O parlamentar ao dizer, de modo retórico, que as reformas psiquiátricas italiana e norte-americana foram um desastre, afirmou que em nenhuma hipótese legitimaria a perpetuação do sistema hospitalocêntrico de atenção ao doente mental, reconhecendo tal sistema como perverso e nitidamente inconstitucional¹⁶³.

Na proposta substitutiva, José Paulo Bisol (PSB/RS) relatou que em alguns países, registrou-se uma tendência em preservar os hospitais psiquiátricos, sobretudo, as Comunidades Terapêuticas, as quais, entretanto, supõem, à livre circulação dos internados, um conjunto mínimo de regras de conduta imperativas e o prévio diagnóstico da razoável sociabilidade do doente. Não absorviam, por conseguinte, a maior parte das internações involuntárias¹⁶⁴.

A filosofia do projeto substitutivo de Bisol (PSB/RS) consistia em elaborar pressupostos normativos, prevendo procedimentos que favorecessem a transformação cultural, de tal forma que os profissionais da psiquiatria, da psicologia, da enfermagem especializada e da assistência social desenvolvessem uma transformação na abordagem da atenção aos doentes mentais, de forma a oferecer alternativas na lógica institucional¹⁶⁵.

De acordo com o parlamentar Bisol (PSB/RS), a partir das experiências italiana e americana, em seu projeto substitutivo é possível incluir o controle estatal das desospitalizações, entendidas como a gradativa substituição das hospitalizações desnecessárias, ou que se tornarem necessárias

¹⁶³. “Esse sistema é, hoje, objeto de abolição universal, justamente, porque acaba produzindo uma cultura insensível ao caráter inconstitucional do confinamento hospitalar involuntário, necessário em razão da inércia da administração pública, que não constrói, por suas próprias forças e pelo estímulo à iniciativa privada, uma rede de recursos alternativos que empurraria a legitimidade daquele confinamento ao extremo limite da necessidade incontornável”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol(PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 32. Nota-se a compreensão do parlamentar no sentido de compreender a participação da iniciativa privada no projeto de reforma da psiquiatria brasileira.

¹⁶⁴. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 33.

¹⁶⁵. Nesse sentido, a proposta de humanização dos hospitais psiquiátricos e sua permanência na rede em saúde mental caracteriza a diretriz principal da argumentação do senador Bisol (PSB/RS): “Ou transformamos os hospitais psiquiátricos em grandes laboratórios da emancipação dos cidadãos afetados por doença mental, ou teremos de dissolver a instituição, substituindo-a definitivamente pela internação, quando necessária, em unidades especializadas dos hospitais gerais, respeitado o devido processo legal”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol(PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 34.

pela ausência de recursos cientificamente mais recomendáveis. Essa previsão legal colocaria de lado o argumento de que a reforma psiquiátrica brasileira dispensaria, irresponsavelmente, às ruas os doentes mentais abandonados, afirmava o parlamentar ¹⁶⁶.

Assim, o controle estatal da internação, da permanência e desinternação da pessoa em sofrimento psíquico poderia deixar de ser estatal em futuro próximo. Todavia, o parlamentar não descreveu de que modo ocorreria o controle no âmbito privado. Quanto ao órgão de revisão ou de controle, o senador afirmou que o projeto apresentou um defeito incontornável ao não prever forma de controle judicial. Entretanto, houve essa previsão no Projeto de Lei Antimanicomial, mas a partir da Defensoria Pública e não da instância judicial.

Salientou que o artigo 3º, por exemplo, cometia um erro incurável: tomar a Defensoria Pública como autoridade judiciária ¹⁶⁷. O projeto se referia à Defensoria Pública como autoridade judiciária, concebendo o controle ou revisão como atribuição ou dever do Poder Judiciário, do qual a Defensoria não fazia parte. O equívoco cometido no “*caput*” do artigo foi repetido nos parágrafos 2º e 3º ¹⁶⁸.

Assim, o parlamentar no seu projeto substitutivo, propõe o Ministério Público como órgão responsável por avaliar as internações e desinternações, de forma a substituir a Defensoria Pública, ressalvada a competência

¹⁶⁶. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 34 - 35.

¹⁶⁷. “Pela Constituição Federal só podem ser consideradas autoridades judiciárias as previstas pelo capítulo III, seções I a VIII, artigos 92 a 126. A Defensoria Pública está prevista na seção III, artigo 134, do capítulo IV, da Constituição, que trata “Das funções essenciais à Justiça” e não de funções judiciais. Logo o artigo 3º do Projeto é inconstitucional na medida em que defere à Defensoria Pública o exercício de autoridade judiciária. Certamente, o projeto podia atribuir à Defensoria Pública a função de órgão de revisão ou controle, desde que esse órgão não fosse, explícita ou implicitamente definido pelo próprio projeto como Judiciário. Então, o Poder Judiciário ficaria, como normalmente acontece, com o espaço decisório da recorribilidade”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 35 - 36.

¹⁶⁸. “Não há a menor possibilidade de passar por cima desse erro”, afirma o senador Bisol (PSB/RS). “Observe-se que os parágrafos do artigo 3º., feita a referência à Defensoria Pública, colocam entre parenteses a possibilidade de que “outra autoridade judiciária” venha a ser designada para cumprir com a obrigação que ela estabelece. Além do que foi dito, esse procedimento não é tecnicamente recomendável porque, tornando difusa a definição do destinatário do dever jurídico criado pelo dispositivo, converte-o numa regra jurídica inaplicável ou de difícil aplicação. Com efeito, a exigibilidade concreta do cumprimento da regra jurídica depende da clara definição do titular do dever jurídico que ela estatui”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 36.

constitucional de provocação da apreciação do Judiciário¹⁶⁹. Trata-se apenas de controle revisional, pois seria, segundo o parlamentar Bisol (PSB/RS), um absurdo fazer a internação esperar por outra decisão que não a do psiquiatra e do próprio internado, quando possível, podendo, inclusive ser realizada por órgão não estatal¹⁷⁰, ressalvada a recorribilidade, de acordo com o que dispõe o artigo 5º, XXXV da CRFB/88.

Por sugestão de controle não estatal, o parlamentar apresentou, por exemplo, o caso do Conselho formado pela associação dos psiquiatras, ou o próprio Conselho de Ética da Associação dos psiquiatras, ou o Conselho de Profissionais da Saúde Mental, desde que nos termos do devido processo legal, ou seja, segundo o estabelecido pela lei e respeitado o disposto pelo artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal de 1988¹⁷¹.

O ideal para Bisol (PSB/RS) seria uma defensoria sob o modelo *ombudsman* dos doentes mentais. Entretanto, o Ministério Público era o órgão mais indicado para o exercício do controle, dada a sua idoneidade, a sua competência e a capacidade estrutural de repercussão nacional, afirma o parlamentar.

A proposta substitutiva de Bisol (PSB/RS) - ANEXO V teve por finalidade incorporar elementos no projeto original, ratificar os seus conteúdos mandamentais, reproduzir sua filosofia e eliminar os defeitos constitucionais apontados. Afetava também a proibição de construção de novos

¹⁶⁹. “É que a Defensoria Pública prevista pela Constituição estava ainda dependendo de lei complementar que lhe desse forma, e o que dela existe concretamente não passa do que sobrou dos assim chamados “serviços de assistência judiciária gratuita”. Vale dizer, pouquíssimo, e nada estrutural e abrangentemente nacional como é o Ministério Público, a quem a Constituição, no art. 129,II, confere o dever de “zelar pelo afetivo respeito...dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia”. Ademais, é tradição do direito civil brasileiro atribuir ao Ministério Público a curatela geral dos doentes mentais, afirma o senador José Paulo Bisol (PSB/RS). Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 37.

¹⁷⁰. “Este é o ponto de vista defendido pela ONU no Informe da Comissão de Direitos Humanos dado a conhecer no início do ano de 1991, consoante dispõe o parágrafo 1º do Princípio 17: “O órgão de revisão ser um órgão judicial ou outro independente e imparcial “desde que estabelecido pela legislação nacional”, capacitado para “atuar de conformidade com os procedimentos estabelecidos pela legislação nacional e assistido por profissionais de saúde mental qualificados, independentes” e vinculados ao “seu Conselho”- consoante dispõe o parágrafo 1º do Princípio 17”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 37 - 38.

¹⁷¹. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 38.

hospitais psiquiátricos públicos, que ficaria submetida, no tocante a sua duração ou permanência definitiva, a uma reavaliação com prazo para 1996¹⁷².

O substitutivo afetava também a proibição de contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos, ressaltando não apenas os leitos necessários por ausência dos recursos alternativos como também as contratações necessárias em razão da natureza da doença ou dos seus sintomas ou efeitos comportamentais em relação aos valores humanos fundamentais do paciente ou terceiros¹⁷³.

Quanto à análise das emendas propostas por José Fogaça (PMDB/RS), Bisol (PSB/RS) afirmou que o seu projeto substitutivo sob certo enfoque rejeitava às emendas propostas, mas sob outro prisma as incorporava. Alertou que ao pretender que a lei estabelecesse a distinção entre manicômios e hospitais psiquiátricos, as emendas ofereceriam armas estratégicas para os que queriam impedir a reforma¹⁷⁴.

Nesse tentativa de apresentar diferenças conceituais entre manicômios e hospitais psiquiátricos, fundou-se o argumento pela permanência dos hospitais psiquiátricos especializados. Sob a perspectiva de Bisol (PSB/RS), desejar a extinção dos hospitais psiquiátricos (públicos e privados) era “impedir a reforma”¹⁷⁵.

Por outro lado, o senador demonstrou sua incerteza sobre a necessidade da permanência do hospital psiquiátrico como recurso mais conveniente que a unidade psiquiátrica de internação nos hospitais gerais. Curiosamente, após defender a existência do hospital psiquiátrico, bem como a participação do setor privado na rede de saúde mental, com os

¹⁷². Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 39.

¹⁷³. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 39.

¹⁷⁴. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 40.

¹⁷⁵. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 40 - 41.

argumentos supracitados, o parlamentar externou sua “incerteza” quanto à conveniência da permanência do hospital psiquiátrico¹⁷⁶.

Na sua proposta substitutiva, Bisol (PSB/RS) eliminou qualquer possibilidade de distinção entre hospital psiquiátrico, manicômio e estabelecimentos similares, porque abrir essa dilação hermenêutica seria o mesmo que antecipar obstáculos à reforma¹⁷⁷.

Quanto à classificação dos hospitais psiquiátricos, o parlamentar dizia se tratar da competência do Ministério da Saúde, dado o caráter contingente desse aspecto que não competia ser regulamentado em lei¹⁷⁸. E, novamente, reforçou o sentido político da humanização do hospital psiquiátrico, uma vez eliminada a sua tendência à centralização, a partir da incorporação de novos recursos.

Considerada as emendas de José Fogaça (PMDB/RS), Bisol (PSB/RS) disse que elas são, em outras perspectivas, expedientes e instrumentos de luta, contra a implantação do modelo não hospitalocêntrico de atendimento dos doentes mentais¹⁷⁹. No que tange à emenda do senador Lourival Baptista (PFL/SE), ela foi, em parte substancial, incorporada ao projeto substitutivo.

Por fim, José Paulo Bisol (PSB/RS) concluiu pelo “incomum mérito humano, social e moral do projeto, cujos fins precisam ser preservados, reconhecendo a injuridicidade parcial, que abrangia os dispositivos que regulassem o controle das internações de natureza psiquiátrica¹⁸⁰.

¹⁷⁶. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 40 – 41.

¹⁷⁷. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 41.

¹⁷⁸. “O que é exigível de um hospital ou unidade para psicóticos não é exigível de hospital ou unidade para neuróticos, o mesmo cumprindo dizer dos hospitais ou unidades diferentemente destinadas a casos agudos, subagudos ou crônicos. O Ministério da Saúde tem publicado provimentos a respeito, inclusive distinguindo os hospitais com serviços de terapêutica ocupacional, escolarização ou assistência social especializada, etc. de outros”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 41.

¹⁷⁹. Em resumo, “as emendas sob consideração podem destruir a reforma psiquiátrica, que por sinal já começou a ser implantada, e com sucesso, pela administração pública”. Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 42.

¹⁸⁰. Afirma o senador Bisol (PSB/RS): “Concluimos, outrossim, pela apresentação de substitutivo que, além de eliminar a inconstitucionalidade e rejeitar as emendas, aprume a rigidez de seus mandamentos proibitivos ao concreto vir a ser de uma reforma psiquiátrica, crie objetivamente o “devido processo legal” das internações e

Em 04 de dezembro de 1991, foi concedida vista aos Senadores Lucídio Portella (PDS/PI) e Senador Beni Veras (PSDB/CE).

4.9.6 Apreciação do Projeto de Lei da Câmara n.8/91 e voto em separado – Senador Lucídio Portella

Por ocasião da introdução do seu voto, o senador Lucídio Portella (PDS/PI) ressaltou que o tema da psiquiatria, dentre os temas médicos, assumiu grande relevância nos meios de comunicação, sobretudo, dos avanços terapêuticos na ciência psiquiátrica que mudaram a fisionomia dos hospitais especializados, com o surgimento de modelos alternativos no panorama assistencial do doente mental¹⁸¹.

Em relação ao Projeto de Lei Antimanicomial, o parlamentar apresentou a estrutura proposta, destacando (I) a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos, (II) a proibição da contratação ou financiamento pela Administração Pública de novos leitos hospitalares, (III) a base de uma reforma psiquiátrica que extinguiria os hospitais psiquiátricos e criaria outros recursos de atendimento e (IV) o controle judicial das internações. Em relação aos recursos alternativos de atendimento, Portella (PDS/PI) não tratou se sua natureza seria privada ou pública¹⁸².

Ressaltou que o projeto de reforma psiquiátrica brasileira, pautava-se na Lei n.180 da Itália, conhecida como Lei Basaglia e na Lei de Desinstitucionalização dos anos 60 nos Estados Unidos, e afirmou o reconhecido fracasso em ambos os países, em razão da reconsideração crítica do assunto.

Entretanto, ao aproximar as duas experiências de reforma psiquiátrica, de natureza distinta, não explicitou as razões do fracasso¹⁸³, bem como não

desinternações, e, finalmente, busque a necessária explicitude naqueles espaços conceituais onde qualquer imprecisão permite, aos adversários da ideia, manipular argumentos que a simples clareza do texto e do contexto desautoriza e põe de lado". Cf. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 43.

¹⁸¹. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 1.

¹⁸². Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 2.

¹⁸³. "Há nos Estados Unidos 100.000 (cem mil) doentes mentais recolhidos em cadeias (P-J.Hilts, do New York Times,

argumentou em que medida poderia se relacionar com o advento da experiência brasileira, em debate no cenário nacional. Como argumento de autoridade, citou o parecer do professor J.A da Costa e Silva, presidente da Associação Mundial de Psiquiatria, que se manifestou pela inadequação do Projeto de Lei da Câmara n.º 8/91, no atendimento da assistência psiquiátrica do país¹⁸⁴.

A ideia da naturalidade do saber psiquiátrico, bem como o mandato social exclusivo para o cuidado da loucura é uma construção histórica e contingente, não estabelecida a priori ou metafisicamente definida. Eis uma falácia na fala do parlamentar no que diz respeito à ideia da naturalidade do psiquiatra como agente principal no cuidado do sofrimento.

Reforçou a argumentação da ausência de cientificidade do Projeto de Lei Antimanicomial, que dizia contrariar os princípios técnicos e científicos que norteavam a prática psiquiátrica no cenário mundial, ressaltando o direito ao atendimento psiquiátrico para o doente mental.

Segundo, J.A da Costa e Silva era necessário um programa educacional para os profissionais de saúde mental, de forma a combater o grande inimigo: a doença mental. Assim, destacou que os psiquiatras, os profissionais de saúde mental e as instituições psiquiátricas não representam problemas na terapêutica do cuidado psiquiátrico.

Ao avaliar o projeto substitutivo proposto pelo senador José Paulo Bisol (PSB/RS), o parlamentar Lucídio Portella (PDS/PI) afirmou que as redações apresentadas nas sucessivas versões poderiam levar a confusão no entendimento do verdadeiro propósito do substitutivo, que era o de extinguir os hospitais psiquiátricos, sobretudo os gratuitos¹⁸⁵.

e “O Globo” 13.10.90), e na Itália tramita agora no Parlamento projeto de lei do Governo destinado a reformular a Lei Basaglia em profundidade, a qual é hoje acusada de sobrecarregar dolorosamente a população italiana pobre, que não pode internar seus parentes doentes mentais em hospitais psiquiátricos particulares pagos. Convém registrar que a desospitalização em estados isolados da Federação Norte-Americana não acabou com o Hospital Psiquiátrico naquele país, mas exigiu maior dispêndio financeiro com “as pensões protegidas” (que fracassaram), além de onerar os hospitais psiquiátricos de estados vizinhos, a exemplo do que ocorreu em Connecticut e Vermont, dentre outros”. Cf. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 2.

¹⁸⁴. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 1 - 2.

¹⁸⁵. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91,

É importante destacar que inclusive o Projeto Paulo Delgado (PL n. 3.657/89) não tratou sobre a extinção dos hospitais psiquiátricos exclusivamente privados. Nesse sentido, é possível a compreensão do posicionamento de Lucídio Portella (PDS/PI)¹⁸⁶.

Quanto ao direito à terapêutica e ao controle das internações psiquiátricas, o parlamentar destacou a possibilidade do doente mental se negar ao tratamento em hospital psiquiátrico, por não se reconhecer como louco, o que chamou de “razão mórbida” resistindo ao tratamento extra ou intra-hospitalar¹⁸⁷. Preocupado, segundo ele, com a pessoa em sofrimento psíquico e o exercício do direito de não se submeter ao tratamento psiquiátrico, inclusive nos cuidados extra-hospitalares¹⁸⁸.

No campo jurídico, Portella (PDS/PI) entendia que a ênfase na proteção aos direitos do doente incapaz teria efeitos reversos, criando embaraços à aplicação dos cuidados terapêuticos destinados a combater as causas da incapacidade. Em outras palavras, ao lançar luz sobre o direito do doente, o substitutivo ofuscava a visão da doença¹⁸⁹.

Observa-se um posicionamento minimalista em torno da proteção da autonomia e da liberdade da pessoa em sofrimento psíquico, razão que justifica a argumentação parlamentar em torno da supremacia do cuidado psiquiátrico, em detrimento da previsão da proteção jurídica. Criticou também no substitutivo a divisão entre internações voluntárias e

Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 4.

¹⁸⁶. “Assim, embora o substitutivo em sua ementa anuncie apenas a substituição do sistema hospitalocêntrico em lugar da extinção dos hospitais, diferindo aparentemente do Projeto original Paulo Delgado, seu pesado arcabouço jurídico levanta tantas ameaças e restrições aos eventuais autores das internações e desinternações hospitalares, que tornar-se insuportável o exercício das responsabilidades psiquiátricas nesses estabelecimentos. Consequentemente, sua aprovação produzirá o mesmo resultado do Projeto que quer substituir”. Cf. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 4.

¹⁸⁷. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 4.

¹⁸⁸. “É o que acontece agora nos Estados Unidos, onde ocorre nos tribunais uma enorme disputa entre o direito de não se tratar, o direito à doença e o direito de tratar-se, o direito à saúde mental.” Cf. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 4. Debate oportuno, em que o parlamentar deveria fomentar no âmbito das discussões legislativas brasileiras, em torno da preservação da autonomia e liberdade da pessoa em sofrimento psíquico e não realizou.

¹⁸⁹. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 5.

involuntárias¹⁹⁰. De acordo com Portella (PDS/PI), o substitutivo impediria, sobretudo as pessoas mais pobres, de se tratarem e servirem dos leitos (contratados ou administrados pela administração pública) psiquiátricos¹⁹¹.

A proposta substitutiva de Lucídio Portella (PDS/PI) - ANEXO VI - fundamentou-se no Manifesto aos Excelentíssimos Senadores da República, publicado no jornal Correio Braziliense, em 5 de junho de 1991, com assinatura de mais de 500 (quinhentos) psiquiatras, alertando aos membros do Senado Federal para a gravidade do problema abordado pelo Projeto de Lei n.8 de 1991, oriundo da Câmara dos Deputados.

De acordo com os assinantes, a simples aprovação liquidaria todos os recursos assistenciais criados ao longo dos anos, sem oferecer a contrapartida de recursos alternativos válidos que assistam aos doentes mentais, deixando-os abandonados à própria sorte, sem amparo que o Poder Público tem o dever de oferecer-lhes¹⁹².

Esse argumento da extinção do cuidado do Poder Público no campo psiquiátrico revelava o desconhecimento (ou a alienação política) da precariedade dos serviços psiquiátricos no cenário brasileiro e buscava manter o *status quo* do lucro dos hospitais psiquiátricos privados. Sob o elogio da perspectiva médico-científica, o parlamentar afirmou que o ato psiquiátrico não se distingue do exercício da medicina e de seus objetivos

¹⁹⁰. “A divisão entre internações voluntárias e involuntárias, que permeia todo o substitutivo, esquece que a mente inclui a vontade e que a doença mental é por isso uma doença da vontade também. Convém lembrar os quadros de dependência (da vontade) alcohólica e tóxica, quando alguém sucessivamente quer e não quer beber ou intoxicar-se, assim como a doença obsessivo-compulsiva onde o impulso irrefreável (vontade) de executar um ato ou ritual é acompanhado da certeza de que ele é absurdo. A distinção entre internação voluntária ou involuntária é portanto sutil para o doente e nem sempre possível ao médico psiquiatra”. Cf. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 5.

¹⁹¹. “Impedir tais doentes de socorrerem-se dos leitos (contratados ou administrados pela administração pública – art. 2º, parágrafo único), isto é, dos leitos gratuitos, é discriminar os pobres e obrigá-los a suportar um sofrimento de quem querem livrar-se ao buscarem um hospital” Cf. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 5.

¹⁹². Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 6.

comuns: diagnósticos, tratamento e reinserção social do paciente, sempre que possível¹⁹³.

Ao que parece, a crítica parlamentar sobre o modelo alternativo de Reforma Italiana proposta por Basaglia, limitou-se a dizer que a desativação dos leitos psiquiátricos condenou os doentes mentais à indigência e ao aumento da população carcerária¹⁹⁴. Tal assertiva revelava uma visão equivocada sobre a importância da mobilização política e da luta pela emancipação das pessoas em sofrimento psíquico no contexto italiano, nas décadas de 1960 e 70.

Ao citar dados da Organização Mundial de Saúde em relação aos leitos psiquiátricos e ao aumento da perspectiva de vida da população brasileira, buscou correlacionar a prontidão do cenário nacional para o advento das doenças psiquiátricas decorrentes da longevidade¹⁹⁵.

Lucídio Portella (PDS/PI) reforçou que a Constituição Política de 1988 previa o Estado como ente político responsável para prestação da assistência em saúde, sem distinção de natureza somática ou psiquiátrica. Assim, destacou que o acometimento de fases agudas no diagnóstico psiquiátrico implicava na suspensão do juízo crítico do indivíduo a respeito de seu próprio estado mental, devendo o Estado intervir¹⁹⁶.

Segundo o parlamentar, a loucura nega-se por sua própria natureza – a loucura como negação de si -, pois o reconhecimento da loucura é já estar um pouco curado¹⁹⁷. Dessa forma, justificou o argumento em defesa da

¹⁹³. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 6.

¹⁹⁴. “O fracasso da Reforma que tirou o problema psiquiátrico do âmbito específico da ciência médica, transferindo-o para a ótica social, revelou-se falacioso, com prejuízos evidentes para milhões de pacientes pelo mundo, por sua transformação em mendigos e presidiários – um retrocesso aos primórdios da assistência aos loucos de então”. Cf. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 6 - 7.

¹⁹⁵. “Segundo a Organização Mundial de Saúde, o Brasil oferece 0,5 leitos psiquiátricos por mil habitantes, contra 3,7 nos Estados Unidos, 4,4 no Reino Unido e 0,9 na Argentina. A elevação da idade média da população brasileira traz consigo o aumento das doenças crônico-degenerativas, incluídas aquelas de expressão preponderantemente psiquiátricas”. Cf. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 6.

¹⁹⁶. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 7.

¹⁹⁷. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n.

previsão da internação psiquiátrica involuntária no substitutivo com o fim de salvaguardar o paciente contra eventuais internações criminosas que atentassem contra seus direitos e liberdades.

Defensor também da humanização da instituição hospitalar psiquiátrica, a partir da atualização dos métodos de tratamento, propôs uma atuação de psicólogos, ocupacionais e assistentes sociais ao lado dos psiquiatras, de modo a oferecer atividades profissionais para evitar o ócio e a passividade na vida institucional¹⁹⁸.

Alegava também que as instituições psiquiátricas necessitavam de um tratamento ambulatorial, ajudando, desta forma, os egressos a evitarem suas internações, sem sacrifício próprio ou de seus familiares. E por fim, reconheceu a necessidade de uma revisão da assistência psiquiátrica aliçada em fundamentos científicos e técnicos e nunca por interesses políticos ou particulares.

Na sua proposta substitutiva, Lucídio Portella (PDS/PI) se baseou nas recomendações da Comissão de Direitos Humanos da ONU na 47ª sessão, dada à luz na E/NC - 4/1991/39, de 5 de fevereiro de 1991 e também no documento da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (Genebra, 1991)¹⁹⁹.

008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 7.

¹⁹⁸. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 7 - 8.

¹⁹⁹. Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 8.

4.9.7 Apreciação do Projeto de Lei da Câmara n.8/91 e a proposta do substitutivo com voto em separado- Senador Beni Veras

O senador Beni Veras (PSDB/CE) realizou uma breve nota sobre a trajetória legislativa do Projeto de Lei Antimanicomial²⁰⁰. Disse que o tema da saúde mental suscitou intensos debates no Congresso Nacional e na sociedade brasileira, inclusive ao longo de 1991, e na Casa Legislativa com a manifestação de várias instituições científicas, da sociedade civil, prestadores de serviços privados, organizações de familiares e pacientes.

O parlamentar Beni Veras (PSDB/CE) destacou a iniciativa do senador Almir Gabriel (PSDB/PA) em promover um debate²⁰¹, no dia 05 de maio, na Comissão de Assuntos Sociais que reuniu, de modo democrático, defensores e opositores do projeto, da área científico-acadêmica, dos prestadores de serviços, organizações de familiares, pacientes e ex-pacientes²⁰².

De modo crítico, o parlamentar afirmou que o substitutivo apresentado por Bisol (PSB/RS) mudou, substancialmente, o objetivo inicial do projeto, uma vez que transformou um instrumento de reforma sanitária, um conciso preceito de saúde pública, em um conjunto de procedimentos de natureza judiciária²⁰³.

O argumento central na análise parlamentar estava relacionado à submissão dos atos médicos e técnicos ao devido processo legal, em que

²⁰⁰. “O Projeto Paulo Delgado é originário da Câmara dos Deputados, onde foi submetido às Comissões de Constituição, Justiça e Redação e de Seguridade Social. Nesta última, foi aprovada com uma emenda ao artigo 1º, e aprovada no Plenário da Câmara no dia 14/12/90. Encaminhada a esta Comissão, foi distribuída para relatório ao ilustre senador José Paulo Bisol (PSB/RS), que apresentou, na sessão de 04 do corrente, parecer favorável, na forma de substitutivo”. Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 1.

²⁰¹. “Não se ouviu ali nenhum argumento que defendesse o atual modelo assistencial: pelo contrário, mesmo os opositores do projeto admitiram a ineficácia do tratamento oferecido à população e as péssimas condições dos estabelecimentos psiquiátricos brasileiros. Mais que curar, a psiquiatria brasileira cronifica, adoece, isola e estigmatiza seus pacientes”. Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 1-2. Reconhecimento do fracasso da assistência psiquiátrica brasileira, inclusive por parte dos gestores públicos e privados, havendo ainda quem desejasse a manutenção do status quo econômico dos leitos psiquiátricos, priorizando a “humanização” da instituição psiquiátrica.

²⁰². Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 1.

²⁰³. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 2.

Veras criticou esse dispositivo no substitutivo do Bisol (PSB/RS), enquanto que o projeto original determinava mudanças claras e objetivas no modelo de cuidado, estabelecendo procedimentos que buscavam evitar tanto a repressão psiquiátrica quanto a judiciária.

Então, o parlamentar Beni Veras (PSDB/CE) propôs considerações sobre o Projeto de Lei n.8/91, tendo em vista a formação da opinião da Comissão de Assuntos Sociais, afirmando que o principal obstáculo para a inadiável reforma psiquiátrica era o papel hegemônico desempenhado por uma modalidade de atendimento, a internação longa, para a qual se destinava a quase totalidade dos recursos públicos²⁰⁴.

Nesse sentido, expôs críticas ao atendimento psiquiátrico brasileiro à época, comparando-o à psiquiatria asilar, que sugeria a marginalização das pessoas em sofrimento psíquico²⁰⁵. Ao dissertar sobre a relação econômica e os leitos psiquiátricos, o parlamentar, no caso brasileiro, ressaltou que era fenômeno conhecido o uso instrumental da internação para a preservação de prestações beneficiárias por incapacidade²⁰⁶.

O controle do modelo hospitalocêntrico era o paradigma defendido pelas entidades científicas e organizações da sociedade civil para o advento da consolidação da reforma psiquiátrica brasileira em torno do Projeto n.08/91²⁰⁷. Na Conferência de Caracas, da qual participaram associações

²⁰⁴. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 2.

²⁰⁵. “Tal modelo, que tem sua origem na psiquiatria asilar, acaba representando, no imaginário popular, a única e legítima forma de atendimento, possuindo a força de absorver as pressões sociais decorrente da estrutura econômica, em um périplo interminável de empobrecimento/internação/marginalização social”. Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 2 - 3.

²⁰⁶. “É um pacto perverso que o trabalhador -desempregado, sub-empregado- realiza com a Previdência Social através da rede de leitos manicomiais, e, o faz inconscientemente na maior parte das vezes, trocando a sobrevivência imediata pela entrada - quase sempre irreversível- no circuito da cronificação hospitalar.” Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 3.

²⁰⁷. Beni Veras (PSDB/CE) afirma que “não se podemos ignorar essa experiência de quase 30 anos, da qual resultou a simplicidade do projeto original, em seus tres mandamentos :**deter a expansão dos leitos asilares, deixando-os com a dimensão que atingiram após o crescimento desordenado das últimas décadas; redirecionar os recursos públicos para a sustentação e ampliação de procedimentos mais eficazes, mais éticos, mais científicos, de atendimento ao paciente psiquiátrico, qualquer que seja a gravidade de seu quadro clínico** (grifo original); e, finalmente, **controlar, através da justiça, as internações involuntárias** (grifo original), como determinam todos os órgãos internacionais a que o Brasil se vincula, e está repsente nas várias legislações de países europeus e americanos”. Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais

médicas e científicas que contribuíram para a formulação das diretrizes e ideias básicas da reforma psiquiátrica no Brasil, ficou acordado um controle mais eficaz acerca das internações psiquiátricas. Não havia, entretanto, a previsão da extinção dos manicômios públicos e dos hospitais psiquiátricos privados.

Ao elogiar a concisão do Projeto de Lei n.3.657/89, ressaltou que estava adequada à visão estratégica da reforma psiquiátrica que deveria ser gradual e planificada, o PLC n.8/91 que estabelecia um atendimento psiquiátrico que refutasse o modelo manicomial com a conciliação da competência técnica com respeito aos direitos do paciente. Destacando, então, que o Projeto de Lei da Câmara n.8/91 correspondia às necessidades atuais do momento do processo de reforma²⁰⁸.

Em relação ao projeto substitutivo do senador Bisol (PSB/RS), Beni Veras (PSDB/CE) afirmou que apesar da relatoria brilhante, do elogio aos pressupostos ético-filosóficos do projeto, das inegáveis qualidades técnicas e jurídicas; a proposta substitutiva era contrária ao projeto original pelas seguintes razões: (a) mudança substancial do caráter do projeto de lei, ressaltando, exclusivamente, os aspectos jurídicos e processuais²⁰⁹, (b) a representação social da periculosidade do doente mental²¹⁰, (c) normalização

(CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 3.

²⁰⁸. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 4.

²⁰⁹. “Tal modificação o distancia do projeto original, cujo objetivo é criar condições concretas para uma reforma no campo da saúde pública e não das práticas judiciárias. O texto do relator Bisol (PSB/RS)enuncia a questão jurídica como preponderante, quando o cerne do problema é a política de saúde mental”, afirmar Beni Veras (PSDB/CE). Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 4.

²¹⁰. “A periculosidade do doente mental, implícita nos incisos I e II do art.4º (“natureza do surto”, “ natureza dos efeitos comportamentais da doença”, “ risco para a integridade do paciente e de terceiros”), e em no artigo que regulamenta a “ desinternação” (art.8º), é tratada de forma a reforçar o preconceito existente contra o doente mental. Em defesa do Projeto de Lei n. 8/91, Beni Veras (PSDB/CE) declara que o relatório do parlamentar Bisol (PSB/RS), porque afirma “o fracasso da experiência italiana”, chamando a desospitalização de “malsinada”, acaba por subscrever, integralmente, o movimento de resistência à mudança, estabelecendo procedimentos forenses, visando restringir as altas (“desinternações”), com o objetivo de proteger a sociedade. Dessa forma, o Projeto n. 08/91 é pontual e estratégico; por isso não incorpora os preceitos de psiquiatria forense do substitutivo, e se direciona no sentido da substituição progressiva do dispositivo manicomial, e não de sua nova regulamentação legal”, finaliza Beni Veras (PSDB/CE). Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 5.

de internações psiquiátricas²¹¹ e (d) tratamento diferenciado a leitos públicos e privados²¹².

Quanto à cidadania, aos direitos civis e à inimizabilidade no Direito Penal da pessoa em sofrimento psíquico²¹³, Beni Veras (PSDB/CE), de modo explícito, afirmou que se tratava de matéria de longuíssimo esforço legiferante, que escapavam, entretanto, ao escopo do projeto, devendo ser formuladas em outro momento²¹⁴.

Assim, Beni Veras (PSDB/CE) destacou a contribuição das considerações do senador Bisol (PSB/RS) para o debate da questão, apesar de criticá-lo ao afirmar que elas se orientariam em direção diversa da proposta do projeto original, como modelo que dificultaria a implantação da reforma psiquiátrica, já em curso, de fato, nas diversas regiões do país. Todavia, apontou a possibilidade de aperfeiçoamento das disposições do projeto original a partir do relatório do senador Bisol (PSB/RS).

Nesse sentido, em defesa da participação do setor privado no processo da reforma psiquiátrica, o parlamentar Beni Veras (PSDB/CE) ressaltou a preocupação do setor privado quanto aos rumos da política nacional,

²¹¹. “O substitutivo cauciona a normalização de internações e altas a partir de considerações sobre “ a natureza da doença” e dados psicopatológicos, e não sobre os recursos existentes e o planejamento de serviços alternativos, despreocupando-se da resposta dada pelos estabelecimentos existentes ao sofrimento do paciente, isto é, tratando “psicopatologicamente” um tema que é de política sanitária”, afirma Beni Veras (PSDB/CE). Cf. Voto em separado do Senador Beni (PSDB/CE) Veras na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 5.

²¹². Em oposição à diferenciação entre leitos públicos e privados, segundo Beni Veras (PSDB/CE) o projeto original buscava eliminar a expansão de unidades públicas e privadas, apesar de não constar tal fim relativo ao setor privado. O substitutivo do senador Bisol (PSB/RS) oferece “tratamento diferenciado aos leitos públicos e privados, proibindo a construção dos primeiros e subordinando a limitação desses últimos às ressalvas do longo artigo que descreve as razões médicas e técnicas para a alta. Na prática, dada a fluidez das considerações sobre a “ natureza da doença” e causa da internação, o substitutivo impede a consecução do objetivo estratégico da reforma, que é deter a expansão dos leitos psiquiátricos privados e públicos e redirecionar os recursos para alternativas não manicomiais”. Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 5 - 6.

²¹³. “O **estatuto do doente mental** (grifo original) será objeto de análise multidisciplinar em 1992, segundo anuncia o pré-programa da II Conferência Nacional de Saúde Mental, e, seguramente, os debates desta Comissão constituirão subsídio de valor apreciável. No substitutivo em questão, contudo, a preocupação com o “ **devido processo legal**” (grifo original) acaba por conferir-lhe uma característica forense, afastando-o do projeto de reforma psiquiátrica. O critério para a internação é essencialmente técnico, de ordem médica. Estabelecer procedimentos para todas as internações e altas é impor ao funcionamento do sistema uma carga de restrições que somente seriam aplicáveis em alguns casos”. Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 4 - 5.

²¹⁴. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 4.

alegando que o projeto original não incluía os prestadores privados na composição da Comissão da Reforma Psiquiátrica, afirmando serem, os proprietários de clínicas particulares, atores políticos legítimos²¹⁵.

Quanto à emenda do senador Lourival Baptista (PFL/SE) que tratava sobre a alteração de 24 horas para 72 horas do prazo para comunicação da internação involuntária à autoridade judiciária, o senador Beni Veras (PSDB/CE) alegou que as entidades científicas estavam se manifestado favoráveis a ampliação do prazo²¹⁶, em razão das dificuldades do funcionamento da justiça no Brasil²¹⁷.

Diante do exposto, com parecer favorável ao projeto original, o parlamentar Beni Veras (PSDB/CE) propôs emendas (ANEXO VII) que, segundo o senador, não tocariam o espírito do projeto. Assim, as emendas teriam a

²¹⁵. “Os prestadores de serviços privados – que detêm $\frac{3}{4}$ dos leitos psiquiátricos no país – tem manifestado a justa preocupação com a garantia de uma planificação clara, concernente à substituição progressiva dos leitos, bem como sobre a possibilidade de capitais privados participarem da moderna rede de novas tecnologias. Julgamos possível contemplar tais preocupações, na forma de emendas que não comprometam os objetivos do projeto. É de todo recomendável, ademais, ressaltar que a referência do substitutivo do Bisol (PSB/RS) aos direitos fundamentais do paciente, no espírito da recomendação da Comissão de Direitos Humanos da ONU, está contemplada no projeto. O projeto original não incluía, na composição das “**Comissões de Reforma Psiquiátrica**” (grifo original), encarregadas de deliberarem sobre o planejamento do processo de substituição do modelo hospitalocêntrico, os prestadores de serviços privados. Dentro do espírito do Sistema Único de Saúde, a participação desse ator social, no fórum deliberativo de onde emanarão as decisões políticas em cada município ou estado, é justa e indispensável. Tal participação é tanto mais importante quanto sabemos que, nesta última semana, o Ministério da Saúde baixou portaria regulamentado o pagamento dos novos recursos assistenciais (semi-internação, internação psiquiátrica em hospital geral), modalidades que serão geridas quer por prestadores públicos, quer pelos privados. Assim, é necessário reconhecer que os proprietários de clínicas – hoje, em sua maioria, opositores do Projeto de Lei n.8/91 – não podem recusar a evidência de que a reforma já está em curso, nem se lhes pode negar o direito de dela participarem como atores políticos legítimos”. Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 6 - 7.

²¹⁶. “Trata-se de preocupação sensata e racional, expressando visão realista e apurada do sistema judiciário no país, e que não compromete o objetivo do projeto, de propiciar proteção legal ao doente privado de sua liberdade. A lei francesa, recém-aprovada no Senado daquele país (Lei n. 90-527, de 27 de junho de 1990, “ **relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d’hospitalisation**”), também estabelece prazos superiores a dois dias, para a intervenção do órgão revisor, composto por um Juiz, um psiquiatra e um representante da comunidade local (de usuários e familiares). É oportuno lembrar que em nenhuma das legislações recentes que compulsamos (França, Dinamarca, Itália e Inglaterra) o órgão de revisão – recomendado pela ONU – é substituído pelo Ministério Público. A este, compete agir de ofício na fiscalização e defesa genérica dos direitos do cidadão, sendo importante que se saiba, para julgamento desta Comissão, que o papel atribuído ao Ministério Público na longínqua e histórica lei francesa de 1838 (o de fiscalizar os estabelecimentos e “ proteger os direitos” dos pacientes), resta agora, com tal especificidade, como mero resíduo arcaico na moderna legislação psiquiátrica européia, que regra geral vem acolhendo a proposta de “**ÓRGÃO DE REVISÃO**” (grifo original) da ONU. Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 7-8.

²¹⁷. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 7.

finalidade de (a) estabelecer critério quantitativo para a substituição gradual dos leitos, de modo a impedir o risco, (b) conquanto improvável- de desospitalização brusca, e estabelecer garantias para a rede conveniada, (c) ampliar para 48 horas o prazo de comunicação à autoridade judiciária (sem menção à Defensoria Pública como interveniente), estendendo tal comunicação à Comissão de Ética Médica do estabelecimento e (d) incluir no Conselho (Estadual ou Municipal) de Reforma Psiquiátrica os prestadores de serviços privados, ampliando tais órgãos para o âmbito municipal, como recomenda o substitutivo Bisol (PSB/RS) - art.18º, §1º ²¹⁸.

Segundo Veras (PSDB/CE), suas emendas preservariam os objetivos do projeto original, que expressava um avanço técnico e humanitário, já observado em vários estados do país, e apoiado pela ampla maioria das instituições científicas e técnicas do Brasil (Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva e inúmeras outras). Além disso, buscou incorporar várias das sugestões feitas pelo senador Bisol (PSB/RS), e a emenda apresentada pelo senador Lourival Baptista (PFL/SE) ²¹⁹.

O parlamentar também reconheceu como principal opositor da reforma psiquiátrica, no cenário nacional, o setor de prestação de serviços privados. Entretanto, considerou relevante a participação da iniciativa privada na nova rede de cuidados, bem como a legitimidade de seus interesses, reforçando apenas que a mudança na estrutura do tratamento psiquiátrico no Brasil era urgente e necessária ²²⁰.

²¹⁸. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 8 - 9.

²¹⁹. "Partir do projeto original é promover a composição de sua simplicidade abrangente e afirmativa com o estudo detalhado e bem-intencionado do Relator. Deve ser preservada a determinação de se superar um modelo asilar e cronificante, representado pelos hospitais psiquiátricos, substituindo-os por recursos assistenciais que venham a tornar-se hegemônicos. Internações de curta duração, quando estritamente necessárias, em unidades psiquiátricas em hospitais gerais, atendimento em centros de atenção, em hospitais-dia, em centros de convivência, serão as características do novo modelo, cuja viabilidade e factibilidade as inúmeras experiências regionais já comprovam. O país não pode fazer conviver, com um sistema unificado e democrático de saúde que se espera construir, com controle da população, eficaz e dinâmico, um modelo obsoleto de atendimento psiquiátrico", declarou Veras. Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 10.

²²⁰. "A realidade dos manicômios brasileiros não admite que se adie por mais tempo essa importante decisão de saúde

No dia 10 de dezembro de 1991, os senadores Lucídio Portella (PDS/PI) e Beni Veras (PSDB/CE) devolveram o projeto, cada um com voto em separado, o primeiro concluído pela apresentação de outro substitutivo, o segundo concluindo, favoravelmente, ao projeto original com as emendas que apresentou.

4.10 Mobilização social, leis estaduais e o “silêncio” do Senado Federal

Após a aprovação do Projeto de Lei Antimanicomial pela Câmara dos Deputados e o encaminhamento para o Senado Federal que permaneceu silente nas atividades legiferantes pelo período de, aproximadamente, 4 (quatro) anos. Entretanto, é possível identificar a intensa mobilização social buscando mudanças no campo da assistência psiquiátrica brasileira.

Diversas experiências no campo de saúde mental já estavam se consolidando no cenário brasileiro, antes mesmo da promulgação e publicação da norma federal decorrente dos debates legislativos do Projeto de Lei Antimanicomial (PL n. 3.657/89), que já estava aprovado pela Câmara dos Deputados e permanecia em tramitação no Senado Federal. “Estava em curso um processo de transformação da saúde mental no campo assistencial, no campo jurídico, no campo institucional e no campo cultural” ²²¹.

A partir da proposta do PL n. 3.657/89, diversos Estados da federação iniciaram alterações legislativas para alinhar a prestação de ações e serviços em saúde mental aos debates legislativos em ocorrência no

pública, que será expressa pela aprovação do Projeto de Lei n. 08/91. É imperioso, ainda, senhor presidente, senhores senadores, que manifestemos nosso profundo orgulho por termos participado dos debates nessa Comissão, os quais demonstraram a urgente necessidade da reforma psiquiátrica no Brasil, parabenizando o eminente senador Almir Gabriel (PSDB/PA) por ter possibilitado a discussão competente e aprofundada do tema, bem como ao senador José Paulo Bisol (PSB/RS), cujo brilhante relatório nos foi subsídio valioso. E de louvar-se também o empenho do ilustre senador Lucídio Portella (PDS/PI) que, embora manifeste discordâncias em relação ao projeto, não se furtou a contribuir para sua discussão”, afirmou Beni Veras (PSDB/CE). Cf. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 11.

²²¹. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 59.

Congresso Nacional. Nesse sentido, de modo precursor o Estado do Rio Grande do Sul editou a Lei n. 9.716, de 7 de agosto de 1992.

Posteriormente, outros entes políticos editaram suas leis estaduais: em 1993, o Estado do Ceará com a Lei n. 12.151 de 29 de junho; em 1994, o Estado de Pernambuco com a Lei n. 11.064 de 16 de Maio; em 1995, o ano da maior mobilização estadual com a ocorrência de 4 (quatro) Estados, Rio Grande do Norte com a Lei n. 6.578 de 4 de janeiro, Minas Gerais com a Lei n. 11.802 de 18 de janeiro, Paraná com a Lei n. 11.189 de 9 de novembro e Distrito Federal com a Lei n. 975 de 12 de dezembro e, por fim, em 1996, Espírito Santo.

Em 1991, foi realizado o I Encontro Nacional de Usuários e Familiares e em 1992, o II Encontro, na cidade do Rio de Janeiro. No campo dos atores institucionais, identificam-se duas portarias (Portaria n.189/91 e n.224/92) editadas pelo Ministério da Saúde tendo em vista a realização da reforma psiquiátrica já em andamento nos entes políticos da federação²²².

Assim, na década de 1990, o enfrentamento da condição de exclusão do louco do universo da cidadania ocorreu, prioritariamente, no âmbito dos chamados novos serviços de saúde mental que foram pioneiros na inauguração de formas de cuidado favorecedoras da reinserção social dos usuários e promotores de intensa produção teórica através dessas portarias ministeriais²²³.

As portarias publicadas pelo Ministério da Saúde na década de 1990 permitiram aos Estados e Municípios exercerem maior fiscalização, controle e intervenção nos hospitais psiquiátricos privados ou filantrópicos

²²². Além disso, cumpre destacar o excelente trabalho do médico psiquiatra Pedro Gabriel Delgado na obra **As razões da tutela. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil** (1992) questionando profundamente os fundamentos da curatela e, de certo modo, antecipando os debates progressistas no campo da promoção da emancipação da pessoa em sofrimento psíquico. Certamente, trata-se de uma obra primorosa e de referência para o campo médico-jurídico, sobretudo nos debates sobre capacidade civil e cidadania.

²²³. UHR, Deborah. **Atenção Psicossocial, Clínica Ampliada e Território: A reforma psiquiátrica e os novos serviços de saúde mental**. 167f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2001, p. 59.

prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) que não apresentassem as condições mínimas de funcionamento²²⁴:

A ocupação dos espaços no interior do aparelho estatal guiou-se pelas mesmas trilhas da Reforma Sanitária, com os mesmos riscos e problemas. No contexto da descentralização e da municipalização, a transferência de recursos financeiros da saúde mental era oriunda apenas da internação e das consultas ambulatoriais. Serviços altamente complexos e modelos de propostas assistenciais, como o CAPS e os NAPS, não existiam para o SUS. Em novembro de 1991, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde publicou a portaria n. 189/1991 que modificou a sistemática de remuneração das internações hospitalares, procurando reduzir o tempo de internação e criou diversos procedimentos, buscando contemplar as diferentes experiências assistenciais que estavam sendo realizadas: NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, entre outras. Logo, em janeiro de 1992, foi publicada a portaria n. 224, que estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde mental²²⁵.

É interessante observar que à época dos debates legislativos em torno do PL n.3.657/89, ainda estava em vigor o Decreto n. 24.559 de 1934 assinado por Getúlio Vargas. Com o advento da Carta Política de 1988, houve uma ruptura constitucional com a ordem anterior, demonstrando a ascensão de princípios, valores e objetivos diversos da Constituição de 1967/69.

Uma indagação é oportuna, a fim de verificar em que medida havia compatibilidade material da norma federal (Decreto n. 24.559/34) com a Constituição de 1988, dado o fenômeno da recepção²²⁶. Dessa maneira, não existindo tal relação jurídica é compreensível a intensa produção normativa dos Estados e a edição de portarias do Ministério da Saúde, uma vez pautadas na previsão constitucional do direito social à saúde e articuladas às propostas do Sistema Único de Saúde (SUS).

²²⁴. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 22^a Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

²²⁵. Ibidem, p. 57.

²²⁶. O Supremo Tribunal Federal (STF) não adota a teoria da inconstitucionalidade superveniente, conclui-se, portanto, que se houver compatibilidade material, ocorre o fenômeno da recepção. Caso contrário, revogação por inexistência de recepção (e não inconstitucionalidade).

Todavia, não se verifica nenhuma discussão em sede do Superior Tribunal Federal (STF) no sentido de decidir pela incompatibilidade material da norma de 1934, estando vigente e com eficácia normativa na organização da assistência psiquiátrica brasileira, de modo formal. Com isso, é possível afirmar que a ebulição social e o reconhecimento institucional da dramática situação da assistência psiquiátrica brasileira pelo Ministério da Saúde ocasionaram, no plano prático, a ineficácia da norma jurídica de 1934, e, em tese, já revogada, por incompatibilidade material, não cabendo observá-la na estrutura psiquiátrica brasileira.

Em 1992, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, inclusive durante todo o processo de impeachment do presidente Collor, com a discussão dos temas: (a) crise, democracia e reforma psiquiátrica, (b) modelos de atenção em saúde mental e (c) direitos e cidadania. De modo crítico, Silvio Yasui, salienta que em relação à I CNSM, o relatório final não foi tão contundente na crítica ao modelo econômico, tampouco ao momento político²²⁷.

Em setembro de 1993, foi realizado, em Salvador, o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. As discussões temáticas estavam em torno da caracterização do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) como um movimento social, plural, independente, autônomo e que devia manter alianças com outros movimentos sociais, com propostas de intervenções políticas na sociedade²²⁸. Buscou enquanto movimento social uma posição de independência em relação ao aparelho estatal, denunciando inclusive a política ministerial que procurava ser uma equação entre a perspectiva do movimento e os interesses empresariais no setor, o que favorecia a permanência, na prática, da estrutura asilar no Brasil. Por outro lado, colocou-se como interlocutor do Ministério da Saúde, ao compor a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, do Conselho Nacional de Saúde²²⁹.

²²⁷. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 22^a Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

²²⁸. Idem.

²²⁹. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 22^a Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

Em 1993, foi realizado o III Encontro Nacional de Usuários e Familiares²³⁰, na cidade de Santos – São Paulo, ocasião em que foi redigida a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental. Tal documento reforça os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, apresentando novidades no processo de elaboração: um texto discutido e debatido pelos usuários e familiares²³¹:

O louco, destituído de sua condição de cidadão, afirma-se como sujeito de seu tempo e escreve, literalmente, uma página de sua história. Os vários encontros que precederam e a própria Carta reiteram a identidade dos movimentos dos familiares e usuários como um movimento social que vai conquistando espaço e características próprias²³².

No mesmo ano, em dezembro, concretizou-se a proposta de criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP). É importante destacar que na década de 1990, já havia intensas mobilizações profissionais no sentido de discutir o campo interdisciplinar da saúde mental, a partir da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico²³³. Nesse sentido, o debate sobre a reforma da legislação psiquiátrica brasileira, afirma Eduardo Mourão Vasconcelos, também nos remete a uma discussão crítica sobre a estratégia do processo de desinstitucionalização da própria assistência²³⁴.

Em razão dos avanços dos estudos no campo científico, tornou-se precípua a tarefa interdisciplinar de compreender as análises que se ocupam

²³⁰. Cf. YASUI, Sílvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 22^a Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 58: "Precedida de etapas municipais, regionais e estaduais, que contaram com o envolvimento direto de cerca de vinte mil pessoas, a fase nacional reuniu quinhentos delegados eleitos nas conferências estaduais, com composição paritária dos dois segmentos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços. Contou ainda com a presença de 320 observadores credenciados, 150 participantes, na condição de ouvintes, 100 convidados (sendo 15 estrangeiros), totalizando mais de mil pessoas de diferentes partes do país. Eram trabalhadores, gestores estaduais e municipais, políticos, representantes dos hospitais psiquiátricos, representantes de entidades de saúde, associações de usuários e familiares de pacientes, entidades de autoajuda, representantes de universidades, que debateram, ativamente, os temas propostos".

²³¹. YASUI, Sílvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 22^a Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

²³². Ibidem, p. 61 - 62.

²³³. RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1996.

²³⁴. VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não**. Belo Horizonte: Sociedade Editora e Gráfica de Ação Comunitária, 1992, p. 35.

do homem, com abordagens muito diferenciadas entre si, em busca de promover melhores instrumentos analíticos na promoção da saúde mental²³⁵.

Nesse sentido, cumpre observar a consideração crítica do médico psiquiatra Marco Antônio Alves Brasil que afirma ser ilusório supor que a solução para todos os problemas do homem estaria dentro do modelo médico. Assim, não há progresso na saúde sem transformações sociais. Toda resposta aos problemas de saúde da população concebida unicamente em termos de assistência médica ultrapassaria as possibilidades econômicas do país e seria fadada ao insucesso²³⁶.

No final da década de 1990, Andréa da Luz Cavalho ao apresentar as tensões entre as vertentes reformistas e biologistas no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, afirma que é importante construir um projeto de atendimento ao usuário de saúde mental, que saia das defesas unilaterais entre técnicos e políticos, defesas que por vezes polarizam o debate entre *a melhor clínica* ou *a melhor organização de serviço*:

Sem dúvida, a história tem nos mostrado que o acolhimento à diferença pode ser feito da maneira mais plural possível. E sustentar a pluralidade, sem ter que diminuí-la entre um pólo ou outro pode parecer um dos recursos mais criativos para lidar com o sofrimento humano²³⁷.

Dentro desse contexto histórico, a ideia da cidadania da pessoa em sofrimento mental assume relevância fundamental para caracterizar a participação social na comunidade política, sendo, portanto, reconhecida sua autonomia para os atos civis e existenciais.

De acordo com o médico psiquiatra Jubel Barreto, a ideia de avaliação de qualidade em saúde mental no horizonte ético da reforma psiquiátrica

²³⁵. INFANTE, Raffaele. **Ecologia da Saúde Mental. Uma nova perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1989.

²³⁶. BRASIL, Marco Antônio Alves. **A Ética do sofrimento humano**. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; FILHO, João Ferreira da Silva (Org). *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro, Topbooks, 1996.

²³⁷. CARVALHO, Andréa da Luz. **Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida: as tensões entre reformistas e biologistas no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999, p. 56.

deve ser marcada pelo reposicionamento do sentido da cidadania como forma de vida social: “É preciso que o lugar da política seja reiventado em posição de autonomia em relação à sociedade, e que as pessoas sejam mais que clientes ou usuários para que a cidade se torne um espaço relacional em que a subjetividade cidadã possa florescer”²³⁸.

Retomando as atividades, o Senado Federal, em 14 de março de 1995 na Comissão de Assuntos Sociais, redistribuiu o PLC n.08/91 para o senador federal Lúcio Alcântara (PSDB/CE)²³⁹ e, em 26 de setembro, foi devolvido por ele, com minuta de parecer pela aprovação do Projeto nas formas das emendas que apresentou e pela audiência da Comissão de Constituição e Justiça com publicação no dia 23 de novembro de 1995.

4.11 Voto em separado, vencido, do Senador Lúcio Alcântara ao Projeto de Lei da Câmara n.08 de 1991

Em seu relatório, publicado em 13 de dezembro de 1995, Lúcio Alcântara (PSDB/CE) afirmou que o Projeto de Lei n.8/91 previa a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos (art.1º), a proibição de contratação ou financiamento, pela Administração Pública, de novos leitos em hospitais psiquiátricos (art.1º), a planificação, instalação e funcionamento, por parte dos organismos de gestão estadual e municipal do Sistema Único de Saúde, de recurso não-manicomiais de assistência psiquiátrica (art. 2º, caput e §§ 1º e 2º).

Além disso, previa a constituição de Conselhos Estaduais de Reforma Psiquiátrica junto a todas as secretarias estaduais de saúde, com a função de acompanhar a elaboração dos planos estaduais e municipais de desospitalização (art.2º,§3º), a definição de “internação psiquiátrica compulsória” (art.3º,§1º) e determinação de que sua notificação seja feita à

²³⁸. BARRETO, Jubel. **O umbigo da Reforma Psiquiátrica. Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental.** Juiz de Fora: Ed. da UFJF, 2005, p. 179.

²³⁹. Trata-se do mesmo parlamentar eleito, à época, como deputado federal filiado ao PFL/SE, nos anos 1990, que participou ativamente do processo legislativo da Reforma Psiquiátrica na Câmara dos Deputados. Exerceu dois mandatos como deputado federal (1983-1987) e (1987-1991).

autoridade judiciária local pelo médico que a procedeu no prazo de 24 horas (art.3º, *caput*), com prazo de outras 24 horas para que a autoridade judiciária local opine sobre a legalidade da internação (art.3º, §2º).

A determinação de auditorias periódicas nos estabelecimentos psiquiátricos, a serem realizadas pelas autoridades judiciárias locais, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado (art.3º, §3º). Além de revogar o Decreto n. 24.559, de 3 julho de 1934, que dispõe sobre a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas.

Desse modo, Lúcio Alcântara (PSDB/CE) propôs uma nova redação (ANEXO VIII), justificando que durante a fase na Câmara dos Deputados tal proposta legislativa foi submetida às Comissões de Constituição, Justiça e Redação e de Seguridade Social, onde obteve pareceres favoráveis, tendo sido aprovado no Plenário da Câmara em 14 de dezembro de 1990.

Na Comissão de Seguridade Social, recebeu uma emenda ao art.1º, o então §1º, que flexibilizou a proibição aí contida, permitindo que, nas regiões onde não houvesse estrutura ambulatoria suficiente, a extinção dos manicômios fosse feita de maneira gradativa, de modo a evitar o “colapso para o atendimento”. No Senado Federal, foi encaminhado para a apreciação da Comissão de Assuntos Sociais em 4 de abril de 1991, distribuído para o relatório ao senador José Paulo Bisol (PSB/RS).

Na Comissão de Assuntos Sociais, recebeu três emendas: duas do senador José Fogaça (PMDB/RS) - emendas n. 1 e n. 2 - e uma do senador Lourival Baptista (PFL/SE) - emenda n. 3. Ao comentar a emenda n.1, Lúcio Alcântara (PSDB/CE) afirmou que ela propunha a modificação do art. 1º para restringir a proibição de construção de novos manicômios públicos apenas, ao mesmo tempo em que permite a contratação e o financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospitais psiquiátricos²⁴⁰.

Tal análise ratifica a hipótese de que não se buscou eliminar a assistência psiquiátrica exclusivamente privada. A emenda n. 2 mantinha o

²⁴⁰. Diário do Senado Federal. Ano L - n.049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.513.

hospital psiquiátrico entre os “recursos não-manicomiais de atendimento”, previstos no art. 2º ²⁴¹.

A emenda n. 3 modificava o §2º do art. 3º, no sentido de que o prazo concedido à autoridade judiciária local para emitir parecer sobre a legalidade da internação fosse de 72 e não de 24 horas, mantendo o prazo de 24 horas para a notificação da internação involuntária à autoridade judiciária. O parecer do senador José Paulo Bisol (PSB/RS), apresentado em 4 de dezembro de 1991, foi favorável à aprovação do projeto na forma de substitutivo²⁴².

Ao comentar a relatoria do senador José Paulo Bisol (PSB/RS), Lúcio Alcântara (PSDB/CE) afirmou que a proposta substitutiva era contrária ao espírito do projeto, mesmo reconhecendo o princípio de que as internações psiquiátricas só deveriam ser efetuadas quando e se necessárias e sempre em unidades especializadas de hospitais gerais²⁴³.

O substitutivo de Bisol (PSB/RS), segundo Lúcio Alcântara (PSDB/CE), poderia vir a impedir a consecução dos objetivos da reforma psiquiátrica, uma vez que não limitava a expansão do número de leitos e de hospitais psiquiátricos e, assim, dificultava o redirecionamento dos recursos aí despendidos para a criação e o desenvolvimento de alternativas não-manicomiais²⁴⁴.

Outra crítica apresentada por Alcântara estava relacionada a transformação do projeto, por meio do substitutivo de Bisol (PSB/RS), de instrumento de reforma no campo da Saúde Pública, em instrumento de reforma de práticas judiciais ²⁴⁵, ao “dar preponderância a questões

²⁴¹. *Diário do Senado Federal*. Ano L - n.049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.513.

²⁴². *Diário do Senado Federal*. Ano L - n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.513.

²⁴³. *Diário do Senado Federal*. Ano L - n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.513 - 5.514.

²⁴⁴. *Diário do Senado Federal*. Ano L - n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.514.

²⁴⁵. “Nesta linha, o substitutivo passa a regulamentar não apenas a internação, mas também a permanência da internação e a desinternação, num pesado processo de Psiquiatria Forense que muda o enfoque estratégico do projeto para questões jurídicas e de regulamentação legal, que o descaracterizam. Cf. *Diário do Senado Federal*. Ano L - n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.514.

jurídicas e processuais e centrar suas preocupações no “devido processo legal” que deveriam seguir as internações psiquiátricas”²⁴⁶.

Todavia, destacou o mérito do substitutivo em aperfeiçoar o artigo 3º do projeto, no que se refere à regulamentação da internação compulsória ou involuntária e o controle judicial de internações involuntárias atribuído, inicialmente, à Defensoria Pública²⁴⁷. Deu razão, inclusive ao senador Bisol (PSB/RS), ao atribuir ao Ministério Público e não à Defensoria Pública o controle judiciário das internações compulsórias²⁴⁸.

No sentido da defesa da participação do setor privado no processo de reforma psiquiátrica, o parlamentar elogiou o aprimoramento da Comissão de Reforma Psiquiátrica ao incluir entre os membros os representantes dos prestadores de serviços privados, já que eles detinham cerca de 75% dos leitos psiquiátricos do país, devendo ser reconhecido o direito inegável de participarem como atores políticos legítimos, concluiu Alcântara.

Ressaltou que o voto em separado do senador Lucídio Portella (PPR/PI) representou profunda discordância em relação ao projeto, ao apoiar, expressamente, o discurso do presidente da Associação Mundial de Psiquiatria. Além de dizer que Portella (PPR/PI) descaracterizou²⁴⁹ a reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), ao dispor sobre os “estabelecimentos de tratamento de doenças mentais”²⁵⁰.

Quanto ao voto em separado do senador Beni Veras (PSDB/CE), Lúcio Alcântara (PSDB/CE) apenas descreveu a proposta apresentada pelo parlamentar e prosseguiu na constituição do seu voto, indicando que poucas

²⁴⁶. *Diário do Senado Federal*. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.514.

²⁴⁷. Afirma Lúcio Alcântara (PSDB/CE), que a este equívoco soma-se um erro de técnica legislativa ao colocar entre parênteses, a possibilidade de ser designada “outra autoridade judiciária” para o cumprimento das obrigações que estabelece. Cf. *Diário do Senado Federal*. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.514.

²⁴⁸. Cf. *Diário do Senado Federal*. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.514.

²⁴⁹. Segundo o substitutivo, a hospitalização involuntária poderá ser objeto de ação judicial, ação esta privativa do Ministério Público. Concede também prazo de 180 dias ao Poder Executivo para definir “a política de saúde mental e estabelecer diretrizes e normas para a assistência psiquiátrica”. A proposta do senador Lucídio Portella (PPR/PI) deixa de lado as principais questões trazidas pelo projeto, impedindo a realização da reforma psiquiátrica pelo seu caráter anódino. Cf. *Diário do Senado Federal*. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.514 – 5.515.

²⁵⁰. Cf. *Diário do Senado Federal*. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.514.

matérias despertaram tanto interesse e participação como o Projeto Paulo Delgado, especialmente, depois que ele chegou ao Senado Federal no início de 1991²⁵¹.

Desde então o projeto foi, amplamente, debatido em variados foros neste país, tendo o Congresso Nacional recebido um grande número de manifestações, moções, cartas, estudos e cópias de publicações provenientes de instituições, pessoas e organizações favoráveis e contrárias à aprovação do projeto²⁵².

Segundo Alcântara, o Projeto de Lei da Câmara n.8/91 constituía a proposta de instrumento mais importante para a reorganização da assistência psiquiátrica do país em razão do papel disciplinador que exerceria sobre as leis estaduais que já estavam em processo de promulgação e – na qualidade de regra permanente – como prevenção de rupturas do processo e de seu retrocesso²⁵³. O parlamentar, então, reconheceu a importância de uma norma federal regular e estabelecer diretrizes para as leis estaduais.

De modo enfático, o senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) afirmou que não acataria a emenda substitutiva do senador José Fogaça (PMDB/RS), do mesmo modo que haveria rejeição ao substitutivo do Lucídio Portella (PPR/PI), além da renúncia ao princípio expresso no parecer do senador Bisol (PSB/RS): “os hospitais psiquiátricos ou manicômios são instrumentos superados técnica e ideologicamente, constituindo-se de recursos caros e ineficientes”²⁵⁴.

Concluiu afirmando que a pretensão era mais do que uma mera redistribuição de recursos assistenciais; o que se pretendia era uma verdadeira mudança cultural, já que não foi por faltas de tentativas e falhas, de transformação do hospital psiquiátrico que ele não deixou de ter a feição

²⁵¹. “Em 5 de maio daquele ano, por iniciativa do senador Almir Gabriel (PSDB/PA), na qualidade de presidente desta Comissão de Assuntos Sociais, realizou-se aqui debate que reuniu defensores e opositores do projeto. Em memorável sessão da desta Comissão, que durou mais de 12 horas ininterruptas, debateram-no, exaustivamente, parlamentares, cientistas, acadêmicos, técnicos do Ministério da Saúde, prestadores de serviços, membros de organizações não-governamentais de familiares e amigos de pacientes, pacientes e ex-pacientes, trabalhadores de saúde. Cf. **Diário do Senado Federal. Ano L - n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.515.

²⁵². **Diário do Senado Federal. Ano L - n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.515.

²⁵³. **Diário do Senado Federal. Ano L - n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.515.

²⁵⁴. **Diário do Senado Federal. Ano L - n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.515.

manicomial. Ressaltou que o PLC n.8/91 não contradizia os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, aprovados em 17 de dezembro de 1991 pela Assembléia Geral das Nações Unidas²⁵⁵.

Alcântara também discordou da emenda oferecida por Beni Veras (PSDB/CE) -emenda n.2 - que estabelecia o critério quantitativo em 10 % para a desativação dos leitos existentes nas unidades federadas²⁵⁶. Nesse sentido, destacou a importância, para o bom andamento da reforma pretendida, da economia dos recursos destinados às internações aplicados à assistência psiquiátrica, como forma de garantir condições materiais para a criação e o aperfeiçoamento de alternativas assistenciais.

Por essa razão, Alcântara propôs o parágrafo 4º ao artigo 2º, que dispunha, após a publicação da lei, a proibição, pelos próximos cinco anos, do Poder Público dispendir menos recursos na construção da rede de serviços alternativos do que gastava com a assistência psiquiátrica²⁵⁷.

O parlamentar decidiu em sentido favorável às demais emendas apresentadas pelo senador Beni Veras (PSDB/CE), presentes no substitutivo de Bisol (PSB/RS), a saber : (a) estender para as secretarias municipais de saúde a responsabilidade de coordenarem, no seu âmbito, a reforma pretendida, coerentemente com a diretriz de municipalização da política nacional de saúde e (b) incluir, nos conselhos de reforma psiquiátrica, representação dos prestadores de serviços privados.

²⁵⁵. “O Projeto propõe-se a ser um instrumento de reforma sanitária e, principalmente, de limitação do número de leitos em hospitais psiquiátricos no nível atual, impedindo seu crescimento e o consumo de vultosos recursos públicos e privados que melhor seriam aplicados no desenvolvimento da rede de alternativas assistenciais e comunitárias preconizadas. Só deixando de pagar internações teremos recursos para investir no desenvolvimento dessa rede”, afirma Lúcio Alcântara (PSDB/CE). Cf. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.516.

²⁵⁶. “Não concordamos com este critério uma vez que existem importantes discrepâncias regionais quanto à disponibilidade tanto de leitos psiquiátricos como de alternativas assistenciais. Assim, desativar dez por cento dos leitos psiquiátricos por ano pode ser uma iniciativa tímida de implementar a reforma psiquiátrica na região sudeste; no entanto representará, certamente, colapso para o atendimento na região amazônica onde a disponibilidade de leitos psiquiátricos é muito baixa e a rede de alternativas ambulatoriais é muito pequena”. Cf. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.516.

²⁵⁷. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.516.

Sinalizou a importância da preocupação de familiares, amigos das pessoas em sofrimento psíquico, psiquiatras e organizações, quanto aos 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. Dessa forma, Alcântara, no texto de umas das emendas, apresentou dispositivo garantindo que essas pessoas seriam objeto de políticas e programas de ressocialização, sob responsabilidade da autoridade sanitária municipal²⁵⁸.

Além disso, ratificou o posicionamento dos senadores José Paulo Bisol (PSB/RS) e Lucídio Portela, que definiu o Ministério Público como destinatário do dever jurídico de zelar pela legalidade das internações involuntárias e pelos direitos do cidadão internado (art. 27, caput da Constituição Federal de 1988).²⁵⁹

Afirmou que a Defensoria Pública não tinha autoridade judiciária e que, ao mesmo tempo, “a concessão de competência à autoridade judiciária local, em caráter revisional, ao zelar pela legalidade das internações compulsórias e pela fiscalização dos serviços psiquiátricos seria inviabilizar, na prática, que a internação ocorresse”²⁶⁰. Esses aspectos envolveriam questões de direitos humanos e liberdade, segundo Alcântara.

Quanto às alterações e substituições de expressões no texto do Projeto de Lei n. 8/91, afirma o parlamentar a permuta: (a) “as administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais)” por “o Poder Público” ou “os órgãos de gestão nacional, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde”; (b) “planejamento” por “planejamento”; (c) “recursos” (referindo-se a serviços) por “serviços”;

²⁵⁸. *Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049*, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.516.

²⁵⁹. Além disso, concordou com a emenda do senador Lourival Baptista (PFL/SE), que aumentou para 72 horas o prazo para o Ministério Público emitir parecer sobre a legalidade da internação, bem como com a emenda do senador Beni Veras (PSDB/CE) ao ampliar para 48 horas o prazo de notificação da internação compulsória ao Ministério Público. Cf. *Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049*, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.516.

²⁶⁰. *Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049*, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.516.

Continuando nas alterações, (d) “tempo” por “prazo” – ademais de estabelecer sua contagem a partir da data de publicação da lei, ao invés da data de sua aprovação, uma vez que a lei entra em vigor (art.4º) na data de sua publicação – e, por fim, substituir (e) “emitir parecer” e proceder auditoria” por “se manifestar” e “proceder avaliação”, uma vez que, segundo o parlamentar, não competia ao Ministério Público nem emitir pareceres nem fazer auditorias²⁶¹.

Defensor do setor privado na prestação da assistência psiquiátrica, Alcântara afirmou que para não existir fuga dos capitais privados na construção da nova rede de serviços assistenciais e no desenvolvimento de novas tecnologias pretendidas e em garantia à rede conveniada. Por dever de justiça, segundo o parlamentar, “deveria ser concedida aos investidores privados a vantagem da prioridade na construção ou nos financiamentos para a transformação dos serviços atuais em serviços alternativos”²⁶². Por fim, propôs uma revisão como objeto de avaliação e aperfeiçoamento após cinco anos.

Interessante observar que em 19 de outubro, ele solicitou ao Senador Beni Veras (PSDB/CE), então presidente da Comissão de Assuntos Sociais, a anexação da carta do Dr. J. A. Costa e Silva, diretor da *Division of Mental Health* da *World Health Organization*, ao processo do PLC n.8/91, conforme consta do Ofício GSLA n. 817/95. Em 8 de novembro, foi concedida vista ao senador federal Lucídio Portella (PPR/PI) que realizou a devolução do PLC n.08/91 no dia 22 de novembro, com voto em separado pela aprovação do projeto na forma do substitutivo que apresentou.

²⁶¹. Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.517.

²⁶². Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.517.

4.12 Voto do Senador Gilvam Borges

No dia 23 de novembro de 1995, ocorreu a publicação do voto do senador Gilvam Borges (PMDB/AP). Ao apresentar o voto em relação ao Projeto de Lei da Câmara n.8/91, o parlamentar afirmou que se tratava de uma “proposta rica em controvérsias”²⁶³. Ressaltando que, em 4 de dezembro de 1991, o senador José Paulo Bisol (PSB/RS) reconheceu, através de extenso parecer, a necessidade de uma profunda reforma no sistema médico-psiquiátrico, afirmou o parlamentar

Assim, salientou que mesmo contando com os votos dos senadores José Paulo Bisol (PSB/RS), Beni Veras (PSDB/CE) e Lucídio Portella (PPR/PI), o projeto não chegou a ser votado no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais, o que ressaltava o caráter altamente controvertido do projeto. “Na legislatura, a relatoria foi confiada ao Lúcio Alcântara (PSDB/CE), que apresentou um parecer circunstanciado, que aprovou o projeto, com emendas, recomendando a oitiva da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania”²⁶⁴.

Em concordância com Beni Veras (PSDB/CE), Gilvam Borges (PMDB/AP) afirmou que o sistema de assistência ao paciente acometido de distúrbios psiquiátricos necessitava, com a máxima urgência, de profundas modificações. Opondo-se à extinção dos manicômios e até mesmo à substituição progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais, o parlamentar, discordou de qualquer proposta que visasse à extinção ou a proibição da construção de novas unidades manicomiais²⁶⁵.

O argumento central de Gilvam Borges (PMDB/AP) afirmava que a escassez de recursos e a falta de política de valorização dos profissionais que realizavam o acompanhamento do doente mental eram os fatores para o

²⁶³. *Diário do Senado Federal*. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5-518.

²⁶⁴. *Diário do Senado Federal*. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5-518.

²⁶⁵. Nossa convicção foi se consolidando no sentido de que não se pode conceber qualquer tipo de sistema psiquiátrico que exclua, por princípio, a existência de instituições que visem ao atendimento dos casos mais graves – hoje sob o encargo dos chamados manicômios. Cf. *Diário do Senado Federal*. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5-519.

mau funcionamento do manicômio²⁶⁶. Curiosamente, o parlamentar não apresentou críticas à estrutura asilar de exclusão social, característica principal do manicômio.

De modo a fundamentar seu posicionamento, o parlamentar realizou uma comparação em relação ao manicômio judiciário, que segundo ele, uma vez aplicada a regra da extinção progressiva dos manicômios, os estabelecimentos penitenciários de segurança máxima, destinariam seus criminosos mais perigosos para os locais onde cumprem penas os autores de crimes de menor gravidade. De fato, essa aproximação de conceitos para justificar seu posicionamento parece estar desconexa com o argumento central do parlamentar²⁶⁷.

Como argumento de autoridade no campo psiquiátrico para justificar seu posicionamento, citou o artigo da edição de abril de 1995 de *O Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, assinado pelos Drs. Carol Sonenreich e Luis de M. Altenfelder Silva Filho sob o título “Desospitalização”, cujo conteúdo era contrário à desativação dos leitos psiquiátricos, defendendo, categoricamente, a existência e a manutenção dos hospitais psiquiátricos.

No sentido de reforçar o posicionamento da manutenção dos hospitais psiquiátricos, Gilvam Borges (PMDB/AP) declarou que na opinião dos familiares dos doentes mentais, que são os que vivenciam mais de perto o drama dessas pessoas, o presente Projeto não merece ser aprovado. Citou o *Jornal O Globo*, *Jornal da Família*, de 10 de setembro de 1995, com a opinião do sr. Zedyr Macedo, presidente da Associação dos Familiares de Doentes Mentais, que afirmava que o projeto acabaria com o único tipo de assistência organizada para o doente mental.

²⁶⁶. Entendemos que alguns pacientes, atualmente, internados em hospitais manicomiais, poderiam ser transferidos para outra espécie de estabelecimento. Esta situação, no entanto, não deve ser creditada à existência dos manicômios e sim ao escaçamento dos recursos e de uma política em prol da valorização dos profissionais que realizam o acompanhamento do doente mental. Cf. *Diário do Senado Federal*. Ano L - n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5:519.

²⁶⁷. Cf. *Diário do Senado Federal*. Ano L - n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5:519: “Se aplicada, por hipótese, a mesma regra da extinção progressiva dos manicômios aos estabelecimentos penitenciários de segurança máxima, chegar-se-ia a seguinte solução: como os estabelecimentos penitenciários encontram-se superlotados, bastaria extingui-los e transferir os criminosos mais perigosos para locais onde cumprem penas os autores de crimes de menor gravidade, para que a solução do problema. Lógico que esta solução é impensável”.

Por fim, o parlamentar posicionou-se favorável à adoção de políticas voltadas à melhoria dos serviços médico-psiquiátricos, baseadas numa maior destinação de recursos para essa área, na humanização do tratamento e na valorização do profissional de saúde. Não concordou com a tese da extinção progressiva dos manicômios, pois segundo o parlamentar, tais instituições eram as únicas capazes de suportar o tratamento dos casos mais graves de psicopatologias. “Em face de todo o exposto, votou pela rejeição do Projeto de Lei n.8 de 1991” ²⁶⁸.

No dia 23 de novembro de 1995, a Comissão de Assuntos Sociais rejeitou o relatório do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) e aprovou o voto em separado do senador Lucídio Portella (PPR/PI) - ANEXO IX, pela aprovação na forma do substitutivo, que se tornou o parecer da Comissão.

No dia 13 de dezembro de 1995, foi publicado o Parecer n.896 da Comissão de Assuntos Sociais sobre o Projeto de Lei n.8/91, de relatoria do senador Lucídio Portella (PPR/PI). Nessa narrativa, o parlamentar destacou a mobilização, logo que a proposta adentrou no Senado, de 76 professores de psiquiatria, dentre os quais 22 titulares e 513 médicos psiquiatras que subscreveram o abaixo-assinado publicado no *Correio Braziliense* em 15/05/91 e 05/06/91.

Quanto ao PLC n. 8/91, alegaram que “não só contrariava os princípios técnicos e científicos da prática psiquiátrica, como também deixava os doentes mentais sem amparo que o Poder Público tem o valor de oferecer-lhes”²⁶⁹. Concluindo, assim, por um substitutivo que reformulasse a assistência psiquiátrica e, efetivamente, protegesse o doente mental:

As propostas antipsiquiátricas que inspiraram o projeto de lei não provem de princípios técnico-científicos, mas antes de posturas ideológicas que reduzem as doenças mentais a simples consequências da chamada repressão político-social dominante²⁷⁰.

²⁶⁸. Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.519.

²⁶⁹. Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.507.

²⁷⁰. Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.507.

Ao criticar a reforma psiquiátrica italiana, Portella (PPR/PI) afirmou que Franco Basaglia tinha reconhecido que as mudanças no campo da psiquiátrica tinham “interesses ideológicos e desinteresses técnico-científicos”²⁷¹.

O parlamentar afirmou que as alterações no cenário científico dos anos 1960, com o advento das descobertas dos psicofármacos, culminaram em uma revolução terapêutica, no prognóstico e no entendimento das doenças mentais. Assim, firmando-se no argumento de autoridade de H. Hafner, catedrático de psiquiatria da Universidade de Heidelberg, alegou que “os hospitais de psiquiatria tornaram-se capazes de tratar com sucessos as psicoses agudas, dar altas mais precoces e estabilizar muitos doentes crônicos, permitindo o tratamento em serviço externo ou complementares”²⁷².

A partir das possibilidades terapêuticas extra-hospitalares, prescindido da necessidade de remover o paciente de seu meio social ou comunidade, característica denominada pelo parlamentar de “Assistência Comunitária”²⁷³, Lucídio Portella (PPR/PI) alegou que “muitos passaram a crer que a assistência comunitária resolveria sozinha todos os problemas de saúde mental”²⁷⁴.

De acordo com o Portella (PPR/PI), a assistência extra-hospitalar exclusiva não contemplava, plenamente, a necessidade de tratamento do doente mental grave, o qual em virtude da própria doença, não se considerava doente e se negava a qualquer tratamento, enquanto que a assistência comunitária teria se mostrado mais eficiente no atendimento do portador de transtorno mental leve, que por si mesmo buscava tratamento ou,

²⁷¹. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.507.

²⁷². **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.507.

²⁷³. “A fim de corroborar com a argumentação, o parlamentar citou casos como o Grupo de Pesquisa em Saúde Pública e a Aliança Nacional pelos Deficientes Mentais, nos Estados Unidos, que comprovaram a existência de mais portadores de quadros mentais graves nas ruas, nas prisões, nos albergues do que nos hospitais e concluíram: o sistema de assistência começou a falhar após a tendência, nas décadas de 60 e 70, de tratar os pacientes, exclusivamente, fora dos hospitais. Outro caso, foi a publicação da matéria na Folha de S. Paulo, de 13/08/95, tratando sobre os 100 mil homeless (sem-teto) de New York, além de criticar, novamente, a Reforma de Basaglia que contribuiu, segundo o parlamentar, para o visível crescimento do número de mendigos doentes mentais. Cf. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.507-5.508.

²⁷⁴. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.507.

ainda, daquele cuja família dispunha de tempo e recursos para acompanhá-lo²⁷⁵.

Quanto à análise do projeto de lei, o parlamentar reforçou a inconstitucionalidade da prescrição de procedimentos e de prazos, bem como da estrutura organizacional (art.2º e parágrafos), ferindo, segundo Portella (PPR/PI), competências específicas de entes estatais como Estados e Municípios. Além dessa análise formal, criticou o mérito do projeto, definindo-o como limitado, uma vez que almejava à extinção do hospital psiquiátrico, “confundindo o instrumento legítimo com sua má aplicação. Seria o mesmo que imputássemos ao bisturi a culpa pelo crime em que foi indevidamente utilizado”²⁷⁶.

Portella (PPR/PI) também apontou que a justificativa do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) no Projeto de Lei Antimanicomial faria supor uma imagem social negativa da função médica:

Que toda a classe de médicos especialistas em psiquiatria não passava de um conjunto de meliantes vulgares ou de criminosos que estão exercendo uma das mais sofridas especialidades médicas, que lida com a vertente mais cruel do sofrimento humano, a doença psíquica, mas sim uma atividade em que se comprazem, sadicamente, a sequestrar, torturar e prejudicar os seus pacientes, à revelia da ciência que aprenderam, dos seus ideais, do seu juramento ético, do sacrifício de toda uma vida²⁷⁷.

Questionava-se se seria “sequestro ilegal” – como se pudesse haver sequestro legal - acolher o paciente em sofrimento mental, muitas vezes sujo, faminto, andrajoso e confuso para dar-lhe higienização, alimentação, vestimenta, medicamentos e até carinho e respeito humano?²⁷⁸

²⁷⁵. *Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049*, 13 de Dezembro de 1995, p. 5-508.

²⁷⁶. *Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049*, 13 de Dezembro de 1995, p. 5-508.

²⁷⁷. *Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049*, 13 de Dezembro de 1995, p. 5-508.

²⁷⁸. “Como argumento de autoridade, Portella (PPR/PI) citou a nota oficial de 25 de julho de 1995 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, conforme o parlamentar o segundo do país em número de profissionais inscritos, que dizia caso o projeto de lei fosse aprovado nos termos propostos teríamos como resultado um caos assistencial, com consequências imprevisíveis para a sociedade. Além disso, apresentou a perspectiva do professor Valentim Gentil Filho, catedrático, titular e chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo criticando a reforma psiquiátrica italiana e a Lei n.180 de 1978”. Cf. *Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049*, 13 de Dezembro de 1995, p. 5-508.

Para Portella (PPR/PI) a questão central estava em torno da problemática da (não) superação do hospital psiquiátrico dentro das medidas terapêuticas existentes. Em outras palavras, o senador considerava no mínimo leviano a pretensa reforma psiquiátrica de inspiração, totalmente, ideológica e sem conteúdo técnico, a que se opunha a imensa maioria dos cientistas, técnicos, sanitaristas e psiquiatras, que veem, nas mazelas encontradas na atual assistência psiquiátrica no Brasil, não a falha de serviços de saúde mental em si, mas o resultado de um sistema de saúde caótico e falido.

Distantes em relação à degradação moral e social causada pela aplicação da metodologia terapêutica, estritamente, “científica”, o grupo de profissionais contrários às medidas conservadoras propostas nos debates legislativos, questionava o sistema caótico e falido da psiquiatria brasileira, sem atentar para os instrumentos de tratamento psiquiátrico que assinavam o conjunto de dominação dos dispositivos de saber e poder dentro da organização hospitalar.

De acordo com o entendimento do parlamentar, o Projeto de Lei n.8/91 não era tão abrangente, a ponto de considerar os aspectos gerais dos problemas da assistência à saúde mental como recomendava a ONU. Assim, Portella (PPR/PI) afirmou que o PLC n.8/91 se limitava a três medidas pontuais de caráter ideológico (anti-psiquiátricas): (1) a extinção dos manicômios²⁷⁹, (2) a regulamentação das internações compulsórias²⁸⁰ e (3) a extinção progressiva²⁸¹.

²⁷⁹. “Segundo o parlamentar o art. 1º do PLC n.8/91 confundia ou identificava o equipamento obsoleto (manicômio) com o moderno hospital especializado em psiquiatria, também atingido pela extinção”. Cf. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.509.

²⁸⁰. Por comprometer a técnica legislativa, Portella (PPR/PI) criticou o uso equivocado e com duplo sentido da expressão “internação involuntária”. A internação involuntária é aquela solicitada por terceiro, é confundida com a internação compulsória, ou seja, aquela determinada pela justiça. Trata-se, no primeiro caso, de medida terapêutica extrema e, no segundo, do cumprimento de uma medida de segurança. A confusão pode induzir a considerar, toda a hospitalização psiquiátrica não voluntária, como um procedimento carcerário. Cf. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.509.

²⁸¹. “Quanto à extinção progressiva, ela seria precipitada, posto que, segundo Portella (PPR/PI), uma entidade sem futuro estaria previamente morta como na Itália e nos Estados Unidos, onde esse fenômeno foi chamado de dumping, quer dizer, descarga em massa dos doentes para fora dos hospitais. Cf. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.509.

Na sequência, Portella (PPR/PI) examinou as emendas propostas pelo senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE), afirmando que elas não corrigiram os equívocos supracitados. Dessa forma, a emenda n.1 “persistia com o erro conceitual de confundir manicômio e hospital psiquiátrico”²⁸².

Além de, novamente, alegar o fracasso das políticas de desospitalização, citando como exemplo a Itália e os Estados Unidos, analisou a emenda n.2, concluindo que o art.2º, *caput* e §§2º e 4º reforçavam a confusão conceitual de leitos de característica manicomial e psiquiátricos, continuando a prescrever providências e estabelecendo prazos às esferas estaduais e municipais de governo. Além de no parágrafo 5º, Lúcio Alcântara (PSDB/CE) não explicar o significado da expressão “longo tempo hospitalizado”.

Já na emenda n.3, criticou a atribuição do Ministério Público de avaliar, periodicamente, os estabelecimentos psiquiátricos, argumentando que se legislava pela exceção, presumindo que os estabelecimentos psiquiátricos escondiam os sequestrados e que os psiquiatras seriam coniventes. Por fim, no exame da emenda n.4, afirmou, categoricamente, que não era legítimo atribuir preferência contratual e financeira a nenhum capital particular, uma vez que o art. 199, §1º da Constituição Federal de 1988 reservava essa preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, vedando no §2º, subvenções financeiras a instituições privadas com fins lucrativos.

Ao afirmar sua intenção de voto em separado, Lucídio Portella (PPR/PI) disse entender que o modelo comunitário compreendia a assistência hospitalar e extra-hospitalar, posto que “essa complementação é a regra em todas as especialidades médicas”²⁸³. Dessa maneira, encaminhou o seu projeto substitutivo, segundo ele, de caráter, eminentemente, técnico, incorporando o hospital psiquiátrico na assistência psiquiátrica, votando pela permanência do estabelecimento.

Baseado nos Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e Para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental que

²⁸². Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.510.

²⁸³. Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.510.

a Organização das Nações Unidas adotou em 17 de novembro de 1991, denominada Resolução 46/119, além das resoluções do Conselho da Europa de 1994, Lucídio Portella (PPR/PI) desejou um projeto de lei que incorporasse uma política nacional de saúde mental²⁸⁴ para o cenário brasileiro, “junto de mecanismos de lei que protegessem os direitos das pessoas com distúrbios mentais, onde quer que elas fossem assistidas”²⁸⁵.

Em 24 de fevereiro de 1996, foi publicado o encerramento do prazo para a apresentação de emendas relacionadas à matéria do Projeto de Lei da Câmara n.8 de 1991. Dessa maneira, até a data limite, a proposta legislativa recebeu sete emendas, retornando, então, à Comissão de Assuntos Sociais (ANEXO X).

Em análise das emendas de Plenário, é possível verificar que a emenda n.1 – Plen/96 já tinha sido proposta por Lúcio Alcântara (PSDB/CE), inclusive em momento anterior em sua relatoria sob a denominação de Emenda n.1 – CAS. Já a emenda n.2 –Plen/96 foi proposta pelo senador José Eduardo Dutra, alegando que essa emenda “ procurava explicitar melhor a ideia de que o projeto deveria ter a perspectiva de um aperfeiçoamento, com fortes mudanças no sistema atual, e em nenhuma hipótese o desmantelamento geral deste sistema”²⁸⁶.

A emenda n.3 –Plen/96 também já tinha sido proposta pelo senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE), sob a denominação de emenda n.2 – CAS. Quanto à emenda n.4- Plen/96, o senador José Eduardo Dutra, nas razões

²⁸⁴. “Assim, a proposta parlamentar tinha como finalidade, de modo resumido: que os portadores de transtornos mentais tivessem seus **direitos fundamentais de pessoa humana** (grifo original) resguardados em qualquer estabelecimento de saúde mental a qualquer tempo e que a assistência psiquiátrica fosse comunitária e cobrisse o maior contingente possível de casos com disponibilidade de todos os recursos terapêuticos necessários. Também tinha como meta a criação de mecanismos rígidos de controle da hospitalização involuntária, visando coibir possíveis abusos, inclusive através da constituição de uma **Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária** (grifo original). Diferentemente, das auditorias, que exerceriam tal controle apenas por amostragem, esta Comissão reverteria os procedimentos caso a caso. Os estabelecimentos de saúde mental desenvolveriam meios destinados a permitir ou facilitar a reinserção social dos pacientes. Que os hospitais psiquiátricos fossem cada vez mais modernizados, afastando, definitivamente, o velho modelo asilar não terapêutico e prestasse assistência integral ao doente mental. Pensou também na constituição de uma comissão nacional permanente e plurirepresentativa para fiscalizar e estabelecer as diretrizes, visando à implementação de uma política nacional de saúde mental. E por fim, estabeleceu uma conceituação sobre os tipos de internação psiquiátrica, a saber: voluntária, involuntária e compulsória. Cf. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.510 - 5.511.

²⁸⁵. **Diário do Senado Federal. Ano L – n. 049**, 13 de Dezembro de 1995, p. 5.510.

²⁸⁶. **Diário do Senado Federal, Ano LI – n.031**, 24 de fevereiro de 1996, p. 2.141.

de justificativa, afirmou que “apontava para uma melhor organização na operacionalização do sistema, quanto à divisão de competência por instâncias administrativas”²⁸⁷.

Na emenda n.5-Plen/96, o senador José Eduardo Dutra (PT/SE) afirmou que “o principal objetivo era garantir a retidão do procedimento (no caso, a internação involuntária), com total respeito aos direitos individuais do paciente”²⁸⁸.

Lúcio Alcântara (PSDB/CE) propôs as emendas n. 6 e 7, ambas também em momentos anteriores, respectivamente, sob a denominação de emenda n.3 – CAS e emenda n.4 – CAS. É importante, assinalar que todas as emendas propostas pelo parlamentar em 1995²⁸⁹, foram retomadas no ano de 1996 e incluídas, novamente, na pauta para a avaliação da Comissão de Assuntos Sociais²⁹⁰.

Em razão da apreciação de outras emendas na Comissão de Assuntos Sociais, cuja relatoria foi realizada pelo senador Lucídio Portella (PPB/PI) em 1996, ocorreram novas propostas de alterações legislativas, bem como a apresentação do substitutivo pelo parlamentar²⁹¹. Portella (PPB/PI) destacou que o citado projeto de lei já tinha sido objeto de extensas e profundas discussões no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais, com aprovação, finalmente, nos termos do voto em separado, com substitutivo, de sua relatoria, que passou *ipso facto* (grifo original), a ser o parecer da Comissão de Assuntos Sociais²⁹².

Seguinto o rito do processo legislativo do Senado Federal, o PLC n.8/91, foi ao Plenário para sugestões de emendas. O projeto substitutivo da

²⁸⁷. Diário do Senado Federal, Ano LI – n.031, 24 de fevereiro de 1996, p. 2.142.

²⁸⁸. Diário do Senado Federal, Ano LI – n.031, 24 de fevereiro de 1996, p. 2.142.

²⁸⁹. No dia 23 de novembro de 1995, a Comissão de Assuntos Sociais rejeitou o relatório do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE).

²⁹⁰. Em Ofício GSLA n. 817 de 19 de outubro de 1995, o Senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) encaminhou ao então presidente da Comissão de Assuntos Sociais, Senador Beni Veras (PSDB/CE), a carta do Dr. J. A. Costa e Silva, Diretor da Division of Mental Health, da World Health Organization que aprovava o parecer de Lúcio Alcântara (PSDB/CE).

²⁹¹. Parecer S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI). No documento original assinado pelo Senador Lucídio Portella e encaminhado pelo Senado Federal via Lei de Acesso à Informação, não há referência à numeração do parecer, razão pela qual não menção na presente obra.

²⁹². Parecer S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 1.

Comissão de Assuntos Sociais passou a ser denominado emenda n.1²⁹³. Em plenário, foram oferecidas sete emendas, sendo quatro de autoria do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) e três do senador José Eduardo Dutra²⁹⁴. Por reconhecer, que algumas emendas apresentadas possuíam igual teor aquelas já discutidas, Portella (PPB/PI) afirmou a apreciação em conjunto.

Na análise do mérito e dos aspectos jurídicos, em relação a Emenda n.1, que tratava sobre o projeto substitutivo de sua autoria já aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais, Portella (PPB/PI) utilizou como fundamento para sua elaboração os Princípios Para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e Para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental de 17 de novembro de 1991 (Resolução 46/119), além das Resoluções do Conselho da Europa de 1994 que subsidiaram o texto²⁹⁵.

Reforçou ainda que sua proposta tinha escopo, eminentemente, técnico, sem envolvimento em disputas ideológicas, e compreendia a assistência hospitalar e extra-hospitalar. Complementação que era a regra em toda a assistência médica, segundo o parlamentar, além de apresentar os pontos basilares²⁹⁶.

Para a análise das emendas de Plenário, Lucídio Portella (PPB/PI) adotou o texto base do substitutivo, aprovado em sua totalidade como diretriz do pensamento da Comissão de Assuntos Sociais. Em outras palavras, adotou a emenda n.1 de sua autoria como paradigma conceitual²⁹⁷.

Evocando a possibilidade de desfiguração do espírito do substitutivo, a partir das emendas apresentadas pelos nobres senadores Lúcio Alcântara (PSDB/CE) e José Eduardo Dutra, Portella (PPB/PI) sinalizou sua preocupação caso fossem aceitas as emendas *in limine* (grifo original),

²⁹³. “No dia 27 de fevereiro de 1996, ocorreu uma retificação na numeração das emendas referentes ao PLC n. 8/91, numerando-as de n.1 a n.8, para n. 2 a n. 9, respectivamente”. Cf. *Diário do Senado Federal*, Ano LI – n.032, 27 de fevereiro de 1996, p. 2.390.

²⁹⁴. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 1.

²⁹⁵. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 2.

²⁹⁶. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 2.

²⁹⁷. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 3.

contrariando o cerne do substitutivo aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais, pois tais emendas, em seu conjunto, segundo ele, representariam, na íntegra, o texto do Projeto original oriundo da Câmara e já vencido na Comissão de Assuntos Sociais²⁹⁸.

Em relação à emenda n.2, Portella (PPB/PI) argumentou que a proposta de substituir a palavra “extinção” do Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado e alocar a expressão “substituição por outros recursos assistenciais”, corresponderia no texto do projeto a todo e qualquer hospital psiquiátrico²⁹⁹.

Renovava, assim, segundo Portella (PPB/PI), a intenção de extinguir o hospital psiquiátrico, mesmo sob a forma eufemística de substituí-lo, progressivamente, por outros recursos assistenciais. De modo crítico, o parlamentar reafirmou, segundo sua perspectiva, as lições e as experiências fracassadas nas décadas de 70 e 80, nos Estados Unidos, Itália e Inglaterra³⁰⁰.

Como forma de justificar seu posicionamento, a partir de argumentos de autoridade, o parlamentar citou equivocadamente um trecho da conferência de Franco Rotelli realizada no Rio de Janeiro³⁰¹. Isso se comprova através da leitura da então conferência intitulada *A Lei 180 da Reforma Psiquiátrica: os problemas na sua aplicação* em que Rotelli destaca a importância do avanço da Lei n. 180, em relação à Lei francesa de 1838, fundada na custódia e privação de cidadania e a importância do movimento

²⁹⁸. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 3 - 4.

²⁹⁹. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 4.

³⁰⁰. Segundo Lucídio Portella (PPB/PI), passado menos de três meses, confirmou-se, contundentemente, o seu questionamento. Cf. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 5: “O Secretário de Saúde Britânico, Stephen Dorrel, no dia 21 de fevereiro de 1996, comunicou, oficialmente, à Câmara dos Comuns que o governo abandonava, definitivamente, o programa de assistência comunitária (extra-hospitalar) e propunha, em substituição, tal como é proposto no substitutivo (emenda n. 1), uma rede de assistência ampla que vai desde a internação psiquiátrica até o apoio comunitário simples. Pretende deter a política de esvaziamento dos hospitais, revigorar a internação involuntária e criar, de início, 5.000 (cinco mil) novos leitos em unidades psiquiátricas pequenas. Isto é exatamente o oposto dos objetivos do Projeto do deputado Paulo Delgado”.

³⁰¹. “Na prática, vimos que, nestes últimos vinte anos todos os países ocidentais tentaram reformar seus sistemas psiquiátricos(..) tentou-se fazer foi constituir serviços externos ao hospital psiquiátrico, com a esperança mais ou menos ciente, de que isto pudesse oferecer curas melhores e reduzir, significativamente, a população internada nos hospitais psiquiátricos. Passados quase 30 anos, podemos dizer, tranquilamente, que está política faliu. Faliu na Inglaterra, na França, nos países Escandinavos e depois também na Alemanha”. Cf. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 4 - 5.

liderado por Franco Basaglia como forma de cuidado no espaço comunitário.

Além disso, Portella (PPB/PI) endossou o discurso proferido pelo senador Antônio Carlos Valadares, na reunião da Comissão de Assuntos Sociais de 23 de novembro de 1995, no sentido da crítica ao fechamento progressivo de unidades hospitalares. Citou também o pronunciamento de Dorrel no *Daily Telegraph* criticando a desinstitucionalização.

Por fim, ao rejeitar a Emenda n.2, Portella (PPB/PI) afirmou que uma lei que pretendesse, efetivamente, aprofundar-se nas questões da assistência psiquiátrica, deveria ter uma ementa que sintetizasse seu conteúdo: a defesa dos direitos fundamentais das pessoas portadoras de transtornos mentais, o aperfeiçoamento e reestruturação da assistência psiquiátrica e seus serviços, a desativação de instituições asilares sem fins terapêuticos e a regulamentação, não só da internação psiquiátrica compulsória, mas também a voluntária e a involuntária, tal como sua proposta substitutiva aprovada pela Comissão de Assuntos Sociais³⁰².

Em conclusão, ficava evidente o interesse do senador Lucídio Portella (PPB/PI) em manter seu projeto substitutivo inalterado, como foi aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais, não aprovando as propostas desalinhasdas às perspectivas ideológicas já consolidadas em outras discussões parlamentares no Senado.

Em relação à emenda n.3, Portella (PPB/PI) afirmou se tratar de natureza aditiva em relação ao art.2º do Projeto originário da Câmara. Disse, também, que ela já tinha sido apresentada *ipsis litteris* (grifo original), em 1991, pelo senador Beni Veras (PSDB/CE), sob a forma de voto em separado³⁰³.

Pautado nas considerações técnicas do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) que considerou pela rejeição total da proposição do Beni Veras (PSDB/CE), Lucídio Portella (PPB/PI) entendeu ser superada essa questão, acrescentando apenas que os critérios quantitativos e os prazos pré-

³⁰². Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 5.

³⁰³. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 6.

fixados não suportavam as diferenças qualitativas (dos doentes, das doenças psiquiátricas, assim como do desenvolvimento imprevisível dos conhecimentos científicos e das condições sociais). Assim, declarou a inviabilidade da emenda n.3³⁰⁴.

É curiosa a forma de argumentação do parlamentar, que anteriormente havia rejeitado a emenda n. 1-PLEN/96 de autoria do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE). Ao que parece, Portella (PPB/PI) adotou em sua relatoria concepções parlamentares que fossem ao encontro da sua proposta psiquiátrica, desconsiderando outras análises ou considerando-as superadas.

Por fim, reforçou o pensamento de José Fogaça (PMDB/RS) ao dizer que o hospital psiquiátrico ainda era a referência, o **locus** (grifo original) especializado para o tratamento de doença mental em algumas de suas formas e estágios. Rejeitou, portanto, a emenda de José Eduardo Dutra³⁰⁵.

Na análise da emenda n.4 de autoria do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE), de natureza substitutiva e já demonstrada em seu parecer pela Comissão de Assuntos Sociais e por não ter apresentação de justificativa, Portella (PPB/PI) procedeu sua análise em duas considerações: o *caput* e os parágrafos³⁰⁶.

Quanto ao *caput*, afirmou que ele trazia em seu cerne a filosofia de desospitalização e perseverava em confundir manicômio (em sua acepção de asilo) com hospital psiquiátrico. Entretanto, considerou que, retirada tais impropriedades, haveria pontos de confluência com o substitutivo aprovado³⁰⁷.

Dessa maneira, para que houvesse adequação e compatibilidade com a sua proposta substitutiva, Portella (PPB/PI) foi favorável a aprovação da subemenda n.1 do art.4º do substitutivo da Comissão de Assuntos Sociais:

³⁰⁴. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 6.

³⁰⁵. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 7.

³⁰⁶. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 7.

³⁰⁷. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 8.

Acrescente-se o seguinte §4º, ao artigo 4º, do substitutivo aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais – Emenda n.1:

4§º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário à instalação e funcionamento dos estabelecimentos de saúde mental de atendimento na comunidade, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção ou ambulatorios psiquiátricos, centros de convivência, pensões e outros bem como a progressiva substituição dos estabelecimentos de características eminentemente asilar, sem objetivos terapêuticos (grifo original)³⁰⁸.

Na análise do §1º da emenda n.4, Portella (PPB/PI) considerou indevida a determinação de se recorrer aos Poderes Legislativos estaduais e municipais, em situação já normatizada por lei federal, de modo claro. Segundo o parlamentar, seria caracterizada, inclusive, um interferência entre os Poderes ou ingerência indevida entre as esferas de governo. Assim, não resolveu acolher esse parágrafo³⁰⁹.

Os parágrafos §§ 2º, 3º e 4º da emenda supracitada foram apreciados em conjunto. Segundo o entendimento do parlamentar, todos traziam, insitamente, o propósito do fechamento dos leitos psiquiátricos, ora utilizando a expressão “substituição de leitos psiquiátricos”, ora “desospitalização”³¹⁰.

Tais medidas teriam caráter ideológico, contrárias à realidade e à conduta científica, segundo Portella (PPB/PI). Dessa maneira, argumentou que nenhuma sociedade em todo o mundo substituiu, totalmente, seus leitos psiquiátricos e citou como paradigma de desenvolvimento social o caso do Japão³¹¹. Afirmou que nos países onde se implantou uma política de

³⁰⁸. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 8 - 9. Observe que foi retirada a expressão “serviços não-manicomial”, e “a progressiva substituição dos leitos de característica manicomial” e incluiu os ambulatorios psiquiátricos.

³⁰⁹. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 9.

³¹⁰. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 9.

³¹¹. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 9: “O Japão, mesmo com seu avançado desenvolvimento cultural, científico e tecnológico, oferece, hoje, sete vezes mais leitos psiquiátricos por mil habitantes que o Brasil. Será a psiquiatria japonesa menos adiantada que a brasileira? Saberão os japoneses gerir menos bem os seus recursos para a área social?”

desospitalização, como Itália e Inglaterra, procuravasse revertê-la a todo custo³¹².

Buscando cumprir as diretrizes da Assembléia Geral da ONU em 1991, sobretudo, os princípios de n. 13 a n. 16 e n. 24 da Resolução 45/91, que apresentavam a necessidade da assistência em níveis hospitalares. A ONU recomendou aos países que, ao atualizarem suas leis psiquiátricas, obedecessem esses postulados. Assim, se portaram, entre outros, segundo o parlamentar, a Suíça, a Alemanha e, por último, a França (1990), havendo todos preservados seus leitos em hospitais psiquiátricos³¹³.

Em relação ao §3º que prescrevia a constituição de Conselhos de Reforma Psiquiátrica, Portella (PPB/PI) não discordava do colegiado para contribuir, auxiliar e apoiar o Poder Executivo na elaboração dos planos de saúde mental, tampouco da pluralidade de sua composição. O parlamentar sugeriu o nome Comissão, a fim de evitar confusão terminológica com os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde³¹⁴.

Nesse sentido, citou como exemplo o Conselho Nacional de Saúde que já dispunha, desde 1994, de uma Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP) composta por membros integrantes de diversos segmentos da sociedade, dentre eles, além do próprio governo, dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, da Ordem dos Advogados do Brasil, dos prestadores de serviço privado e da comunidade científica. Tal comissão contribuía ao Conselho Nacional de Saúde sob a forma de recomendações³¹⁵.

Conclui, portanto, que o §3º já se encontrava contemplado no projeto substitutivo no art.12 que, segundo o parlamentar, continha a criação de uma Comissão Nacional que fiscalizaria e estabeleceria diretrizes para uma política de saúde mental³¹⁶.

³¹². Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 9.

³¹³. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 10.

³¹⁴. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 10.

³¹⁵. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 10.

³¹⁶. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 10.

Já o §4º da emenda, foi rejeitado sob a alegação de que o dispositivo ao prever seu orçamento anual, pelos cinco anos seguintes, a partir da publicação da lei seria considerado uma diretriz orçamentária que antecederia e seria superior à própria Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o que, segundo o parlamentar, seria injurídico³¹⁷.

O §5º da emenda n. 4 foi elogiado por Lucídio Portella (PPB/PI), pois velava pelos direitos do paciente crônico, em situação de dependência institucional. Julgou que a desospitalização de pacientes crônicos, dependentes, sem suporte social, requeria a observância de cautela. Tratava-se, segundo o parlamentar, de resguardar uma pessoa quase indefesa dos riscos da desadaptação, do abandono e da exploração³¹⁸.

Por considerar que o §5º preservava os direitos do paciente crônico, em situação de dependência institucional, Portella (PPB/PI) aprovou parcialmente a proposta do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE), na forma da subemenda ao substitutivo³¹⁹:

Subemenda n.2 ao artigo 4º do substitutivo aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais – Emenda n.1

“Acrescente-se o seguinte §5º ao artigo 4º do substitutivo aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais – Emenda n.1”.

§5º Os pacientes há longo tempo hospitalizados e 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 a supervisão da autoridade sanitária competente e a responsabilidade do representante local do Ministério Público, respeitado o necessário parecer da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária do estabelecimento onde se encontrem internados e em **observância às seguintes condições** (grifo original):

³¹⁷. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 10.

³¹⁸. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p.11. Lucídio Portella (PPB/PI) ressaltou que o primeiro relator do PLC n.8/91, José Paulo Bisol (PSB/RS), cercou-se de cuidados ainda mais extensos para com as desospitalizações nos artigos 8º, 9º, 10º, 11 e 12 do substitutivo que propôs, atribuindo ao Ministério Público a responsabilidade maior desse controle.

³¹⁹. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 11.

- a) que a saída do paciente do hospital não lhe acarrete interrupção de seu tratamento, não venha agravar sua doença, nem contribuir para seu abandono material, social e afetivo;
- b) que a saída do paciente não venha servir, direta ou indiretamente, à exploração de terceiros;
- c) que seja obedecida a legislação vigente, relacionada à regência de suas pessoas e bens, em cada caso³²⁰.

Quanto à emenda n.5 proposta pelo senador José Eduardo Dutra, Portella (PPB/PI) afirmou que seu texto reproduziu o conteúdo dos §§ 2º e 3º do art. 2º do PLC n. 8 de 1991, matéria já rejeitada pela Comissão de Assuntos Sociais³²¹. Em relação ao §3º, o parlamentar disse que repetia igual parágrafo da proposição do deputado federal Paulo Delgado, de igual modo o §3º da emenda n.4 do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) ³²².

Rejeitou, pois, o §2º da emenda em análise e considerou o §3º, parcialmente, contemplado, no art. 12 do substitutivo da Comissão de Assuntos Sociais. Portella (PPB/PI) ao avaliar as emendas n. 6 e n. 7, disse que corresponderia a letra e o espírito do art. 3º do Projeto de Lei Antimanicomial que tratava sobre a internação psiquiátrica compulsória³²³.

Na primeira, o senador José Eduardo Dutra (PT/SE) utilizou a expressão “internação psiquiátrica involuntária”, enquanto que na emenda n.7 do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) foi adotada a expressão “internação psiquiátrica compulsória”. Ambas tratam sobre os prazos para comunicação desse tipo de internação à autoridade judiciária - senador José Eduardo Dutra (PT/SE) - e ao Ministério Público - senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) -, no lapso de tempo de 48 horas ou 72 horas, internações qualificadas como casos de sequestro ilegal. Relatou, assim, que as duas

³²⁰. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 11- 12.

³²¹. Citou como argumento de autoridade o professor H. Hafner, catedrático de psiquiatria da Universidade de Heidelberg, diretor do Instituto Central de Saúde Mental de Mainhein e consultor e coordenador de pesquisas da OMS, que se posicionava pela necessidade de leitos especializados em psiquiatria, em todo o mundo, alegando que nenhuma especialidade médica poderia prescindir do hospital nos casos agudos, onde o tratamento extra-hospitalar colocaria em risco a recuperação ou mesmo a vida do paciente. Cf. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 13.

³²². Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 12 - 13.

³²³. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 13.

emendas insistiam nos mesmos equívocos técnicos e filosóficos, inclusive jurídicos³²⁴.

Primeiramente, de acordo com Portella (PPB/PI), confundiam “internação involuntária” com “internação compulsória”; em segundo, colocavam sob suspeita toda a classe dos médicos psiquiatras; em terceiro, buscava-se legislar pela exceção, presumindo que os hospitais escondiam, habitualmente, os sequestros e que os psiquiatras e os outros profissionais de saúde eram coniventes³²⁵.

Assume Portella (PPB/PI) que era de meridiana clareza que a sociedade e os Poderes constituídos deveriam proteger os doentes internados de todos os gêneros, inclusive os portadores de transtorno mental, mediante a adoção de legislação moderna e eficaz, consoante os avanços tecnológicos e o progresso da ciência médica³²⁶. Não seria, entretanto, através de legislação constrangedora a alguns respeitáveis segmentos profissionais que se atingiria essa pretensão³²⁷.

Portella (PPB/PI) informou que o projeto substitutivo já aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais já abordava o tema, sob o ponto de vista jurídico e técnico, preservando e protegendo todas as partes envolvidas no processo da internação. Alertou também para a distinção entre internação compulsória e involuntária, como na Lei Francesa, de 1990³²⁸.

³²⁴. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 13 - 14.

³²⁵. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 15.

³²⁶. Como referência apontou as considerações do senador José Alves, por ocasião da reunião na Comissão de Assuntos Sociais, em 23 de novembro de 1995 sob a presidência do senador Carlos Wilson: “um equívoco que o projeto do deputado Paulo Delgado traz é o cerceamento da liberdade do exercício da profissão médica. Os médicos psiquiatras do Brasil não podem ser colocados nessa atitude suspeita de, em 24 horas, ou 72 horas, estar comunicando ao Ministério Público um internamento psiquiátrico. Isso é um cerceamento da liberdade do exercício da profissão, uma vez que os médicos tem seus órgãos de classe, os hospitais são obrigados a ter suas comissões de ética médica e estão abertos, por lei, pela Constituição, à ação do Ministério Público, da Defensoria Pública, da JUSTIÇA!”. Cf. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 15 - 16.

³²⁷. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 15.

³²⁸. A internação compulsória seria uma decisão da justiça aplicada aos criminosos loucos ou presos que enlouquecem, enquanto que a internação involuntária seria uma decisão terapêutica determinada por fatores clínicos e sociais, elencados no projeto substitutivo: (a) se o estado mental do doente constituir risco para si ou para outrem, (b) se a não internação levar ao agravamento do transtorno ou impedir o paciente de receber tratamento adequado e (c) se houver autorização expressa de familiares maiores ou de representante legal do paciente. Cf. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 16.

Pelo substitutivo, somente o médico poderia encaminhar o internamento involuntário, responsabilizando-se por ele. Uma vez internado, o paciente passaria por uma Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária, formada por três médicos, sendo dois da Comissão de Ética Médica do Hospital e um do Conselho de Saúde Municipal, isto é, externo ao hospital³²⁹.

A Comissão Revisora de Hospitalização teria sete dias de prazo para homologar ou não a internação, com a previsão de intervenção do Ministério Público, *ex officio*, atendendo denúncia ou por solicitação de familiar ou do representante legal do paciente, que poderá designar junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação da hospitalização involuntária. Dessa maneira, Portella (PPB/PI) se posicionou pela rejeição das emendas n. 6 e n. 7³³⁰.

A emenda n. 8 do senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) consistia, segundo Portella (PPB/PI), em dois artigos novos em relação ao PLC n.8 de 1991. A concessão de prioridade na contratação e financiamento aos prestadores de serviços privados, de acordo com a interpretação de Portella (PPB/PI) dos artigos 24 e 25 da Lei 8.080/90, não deveria ser prevista, uma vez que tais dispositivos impediriam, totalmente, o incentivo proposto³³¹.

Além disso, como maior óbice à proposta da emenda n. 8, havia o dispositivo constitucional no art. 199, 1º que reservava, de modo explícito, essa preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, vedando as subvenções financeiras a instituições privadas com fins lucrativos³³².

Quanto à revisão da lei pelo Congresso Nacional após cinco anos da sua publicação, proposta incluída no art. 5º, Portella (PPB/PI) considerou desnecessário tal medida, uma vez que se determinasse o prazo de cinco anos,

³²⁹. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 13.

³³⁰. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 16.

³³¹. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella(PPB/PI), p. 17.

³³². Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 18.

a lei, por corolário, segundo o parlamentar, não poderia ser revista antes. No seu entendimento, caso ocorressem fatos novos, no âmbito científico, tecnológico ou social, inclusive o surgimento de outra realidade, a revisão deveria ocorrer, prontamente, seja em que tempo fosse. Opinou, por rejeitar a emenda n. 8³³³.

Em conclusão, Portella (PPB/PI) se manifestou pela rejeição das emendas n. 2, 3, 6, 7 e 8; e pela aprovação parcial das Emendas n. 4 e n. 5, na forma das subemendas n.1 e n.2 e pela aprovação integral da Emenda n.1 – o projeto substitutivo da Comissão de Assuntos Sociais (ANEXO XI)³³⁴.

³³³. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella(PPB/PI), p. 18.

³³⁴. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 18 - 23.

4.13 Requerimento n.64 de 1997

O senador Roberto Freire (PPS/PE) solicitou, no dia 21 de janeiro, nos termos do art.172, I do Regimento Interno do Senado Federal, a inclusão na ordem do dia do PLC n.8/91. Ocasão em Ney Suassuna afirmou que o “requerimento seria incluído na ordem do dia, oportunamente, após a manifestação do Presidente da Comissão de Assuntos Sociais, em obediência ao disposto no parágrafo único do art.255 do Regimento Interno”³³⁵.

Em 22 de janeiro, José Sarney, então presidente do Senado Federal, enviou o Of. SF/070/97 comunicando ao senador Beni Veras (PSDB/CE), presidente da Comissão de Assuntos Sociais, a apresentação do Requerimento n.64.

4.14 Requerimento n.212 de 1997

O senador Roberto Freire (PPS/PE) propôs, em 21 de março, nos termos do art.256, §2º, alínea “a” do Regimento Interno, a retirada, em caráter definitivo do Requerimento n.64 de 1997, de inclusão em ordem do dia do PLC n.8, de 1991. Oportunidade que a senadora Emilia Fernades, com fulcro no art. 256, §2º, alínea “a”, do Regimento Interno, deferiu o pedido de retirada do requerimento. Assim, o Projeto de Lei da Câmara n.8 de 1991 “voltou à Comissão de Assuntos Sociais para exame e parecer sobre as emendas apresentadas perante a Mesa”³³⁶.

4.15 Requerimento n. 224 de 1997

O senador Lucídio Portella (PPB/PI) requereu, em 2 de abril, nos termos do art.172, I do Regimento Interno a inclusão na ordem do dia do PLC n.8 de 1991, ressaltando que “ o prazo na Comissão de Assuntos Sociais já

³³⁵. *Diário do Senado Federal*. Ano LII, n.011, 22 de janeiro de 1997, p. 2.795.

³³⁶. *Diário do Senado Federal*. Ano LII, n.046, 21 de março de 1997, p. 6.189.

se encontrava esgotado”.³³⁷ Lúdio Coelho (PSDB/MS) afirmou que o requerimento seria lido, oportunamente, após a manifestação do presidente da Comissão de Assuntos Sociais.

Em 01 de abril de 1997, Antonio Carlos Magalhães, então presidente do Senado Federal encaminhou o Of. SF 295/97 comunicando ao senador Ademir Andrade, presidente da Comissão de Assuntos Sociais, a apresentação do requerimento n. 224.

4.16 Requerimento n. 584 de 1998

Assinado, em 18 de novembro de 1998, pelo senador Hugo Napoleão (PFL/PI) e outros que requereram a tramitação do PLC n.8 de 1991 em regime de urgência, nos termos do artigo 336, alínea “c”, obedecendo o disposto no art. 338, inciso III do Regimento Interno do Senado Federal. Nesse documento, alegaram que o projeto já se encontrava há sete anos na Comissão de Assuntos Sociais, sem que até o momento tivesse apreciação conclusiva³³⁸.

Dessa maneira, Antônio Carlos Magalhães (PFL/BA) afirmou que o presente requerimento entraria na ordem do dia da próxima sessão. Pedro Simon (PMDB/RS) interrompeu a sessão interrogando sobre a colocação do PLC n.8/91 na próxima sessão. Em resposta, Antônio Carlos Magalhães (PFL/BA) afirmou que o requerimento estava na urgência “c”. Pedro Simon (PMDB/RS) alegou que essa proposta de fechamento de todos os hospícios era muito complicada. Por fim, Antônio Carlos Magalhães, alegou que a questão seria apreciada pelo Plenário do Senado Federal³³⁹. Em 3 de

³³⁷. *Diário do Senado Federal*. Ano LII, n.052, 02 de abril de 1997, p. 6. 86o.

³³⁸. *Diário do Senado Federal*. Ano LIII, n.158, 2 de dezembro de 1998, p. 17.477. Justificaram afirmando: “considerando que o Projeto de Lei em questão é de grande interesse social, tendo gerado amplo debate entre os segmentos sociais interessados e grande repercussão nos meios de comunicação, considerando que a não apreciação do aludido Projeto de Lei tem frustrado a opinião pública, com prejuízo à imagem desta Casa Revisora, considerando que a demora ocorrida tem levado a um sobrestamento de medidas do próprio Poder Executivo quanto à implantação de uma necessária Política de Saúde Mental para o país, considerando que no contexto da própria Comissão de Assuntos Sociais já foi gerado um parecer, aguardando-se somente a apreciação das emendas em plenário, considerando que todos os prazos regimentais no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais já foram esgotados”. Cf. *Diário do Senado Federal*. Ano LIII, n. 158, 2 de dezembro de 1998, p. 17.477.

³³⁹. *Diário do Senado Federal*. Ano LIII, n. 158, 2 de dezembro de 1998, p. 17.477 - 17.478.

dezembro de 1998, o requerimento n. 584 foi incluído na ordem do dia nos termos do art.340, III, do Regimento Interno³⁴⁰.

4.17 Requerimento n.595 de 1998

Os senadores Sérgio Machado (PSDB/CE) , Edison Lobão (PFL/MA) e Jader Barbalho (PMDB/PA) , nos termos do art.315, combinado com a alínea “c”, do art. 279 do Regimento Interno, requereram, em 3 de dezembro, o adiamento da votação do requerimento n. 584, a fim de ser feita na sessão de 09 de dezembro de 1998. Colocado em votação por Antonio Carlos Magalhães, “os senadores aprovaram. Assim, a matéria retornaria à ordem do dia na data designada pelo Plenário”³⁴¹.

4.18 Parecer n. 688 de 1998

O senador Sebastião Rocha (PDT/AP) recebeu a atribuição de realizar a relatoria das emendas do Plenário do Senado Federal através do requerimento de n. 595 de 1998 que propunha, nos termos do art. 315, alínea “c” do art. 279 do Regimento Interno, o adiamento da votação do requerimento n. 584 de 1998, no final propôs o substitutivo (ANEXO XII).

Inicialmente, o senador Sebastião Rocha (PDT/AP) apresentou os antecedentes cronológicos, ideológicos e factuais relacionados à matéria, de forma a embasar o julgamento dos membros da Comissão de Assuntos Sociais. Segundo o parlamentar o PLC n.8/91 tinha o propósito regulamentar a saúde mental e a reforma psiquiátrica³⁴².

Reconheceu que a sua relevância decorria da fragilidade, da ineficácia e da crueldade do modelo vigente de assistência ao doente mental, caracterizado pela predominância do tratamento prestado em instituições

³⁴⁰. *Diário do Senado Federal. Ano LIII, n. 159*, 3 de dezembro de 1998, p. 17.629.

³⁴¹. *Diário do Senado Federal. Ano LIII, n. 159*, 3 de dezembro de 1998, p. 17.629.

³⁴². Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 1 - 5.

psiquiátricas de caráter, meramente, asilar³⁴³, cuja atuação não tinha como objetivo tentar recuperar ou reinserir os doentes em seu meio, mas apenas segregá-los³⁴⁴.

Como se nota, o parlamentar reconheceu que a assistência psiquiátrica realizada no Brasil era degradante e não possuía o caráter terapêutico, “normalizador”, prenunciado pelos arautos defensores do projeto da psiquiatria orgânica, de modelo biomédico.

Ao continuar a relatoria, Sebastião Rocha (PDT/AP) afirmou que esse fatos ocorriam, sobretudo, pela convivência dos familiares, que, satisfeitos em se livrarem do fardos econômico, físico, psicológico e social que um doente mental representava, internariam seus “doentes” em caráter definitivo e, muitas vezes, apagando-os, totalmente, do registro familiar³⁴⁵.

A fim de mostrar o panorãma dos leitos psiquiátricos no país, o parlamentar utilizou dados numéricos do sistema DATASUS demonstrando a situação do atendimento psiquiátrico relativos à agosto de 1997³⁴⁶. Constatou que era possível também avaliar o grau de utilização, no atendimento psiquiátrico, de serviços profissionais especializados.

³⁴³. Segundo Sebastião Rocha (PDT/AP), “essas instituições limitam-se a práticas, excessivamente, voltadas para a farmacoterapia, com pouca utilização de procedimentos sócio ou psicoterápicos. Nesses locais, os pacientes internados passam entre dez e vinte dias sem poder receber visitas de amigos ou familiares, o que agrava ainda mais sua eventual incapacidade social e seu quadro mental. Em tais circunstâncias, são frequentes 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 básico em saúde”. Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 6.

³⁴⁴. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 6.

³⁴⁵. “Essa afirmação respalda-se nos casos verídicos de familiares que, ao internarem um doente mental em hospital psiquiátrico, fornecem falsos endereços para nunca serem encontrados. Há também os casos de pacientes que recebem vistas, regularmente, mas deixam de recebê-las, quando começam a melhorar e seus parentes suspeitam de que eles irão receber alta. Sem dúvida alguma, essa omissão da parte das famílias formenta ainda mais os casos de negligência e maus tratos que ocorrem nos manicômios, pois essas ocorrências por certo não se verificariam tão, sistematicamente, se os tratamentos dos doentes tivessem acompanhamento de seus familiares. No início dos anos 90, dados estatísticos já apontavam os hospitais psiquiátricos como responsáveis pela morte de até 3% dos seus pacientes em decorrência de maus tratos”. Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 6 - 7.

³⁴⁶. “Do total de 76.084 leitos em hospitais psiquiátricos/manicômios psiquiátricos, 58.408 (76,8%) localizam-se em hospitais privados, enquanto 15.758 (20,7%), em instituições públicas (a diferença em relação aos 100% se deve aos hospitais universitários, que, mesmo sendo públicos ou privados, foram contemplados em uma única rubrica indiscriminada). Ou seja, quadro vigente no setor caracteriza-se pelo tratamento prestado, majoritariamente, por instituições privadas”. Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 7.

Assim, se fossem consideradas as internações em todas as especialidades, conjuntamente, os gastos com serviços profissionais corresponderiam a 30 % dos gastos com serviços hospitalares nos hospitais públicos, e a 26% nos hospitais privados. Na especialidade psiquiatria, esse percentual cairia para 7% nos hospitais públicos e 6% nos privados³⁴⁷.

Segundo a análise do parlamentar ficaria demonstrada a baixíssima utilização de serviços profissionais especializados no atendimento prestado tanto pelos hospitais psiquiátricos quanto pelos hospitais-dia psiquiátricos. Em outras palavras, essas instituições não se enquadravam na definição clássica de hospital – local para onde as pessoas se direcionavam para tratamento –, correspondendo, na verdade, a um local onde as pessoas eram escondidas e recebiam pouquíssimo atendimento especializado³⁴⁸.

Segundo Sebastião Rocha (PDT/AP), a origem do movimento da reforma psiquiátrica foi resultado da reação a esse estado de coisas, entendido por como ele como insustentável por qualquer argumento técnico e destituído de qualquer virtude, com o apoio de parcela significativa da classe psiquiátrica, de psicólogos, de sociólogos, de terapeutas ocupacionais, dos trabalhadores de saúde mental e daqueles familiares preocupados com a qualidade dos cuidados dispensados a seus doentes³⁴⁹.

O movimento da reforma psiquiátrica para o parlamentar defendia o tratamento comunitário, em contraposição ao predomínio do tratamento de base institucionalizante, com o objetivo precípua de sociabilizar o doente mental³⁵⁰. A partir desse pressuposto de tratamento uniforme de análise, ausente de reconhecimento de fissuras sociais, o parlamentar se questionou sobre a necessidade de sociabilizar o paciente psiquiátrico³⁵¹.

347. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 8.

348. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 8.

349. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 9.

350. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 9.

351. “Há muito o que dizer sobre essa polêmica intenção. Além de envolver o oferecimento ao doente mental das mais avançadas terapias integradoras (psiquiátricas, psicológicas, ocupacionais, fisioterápicas e outras), a ideia básica contemplada nessa proposta seria a de tentar manter o paciente psiquiátrico inserido em seu contexto social e familiar”. Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 9.

Isso se tornou possível com a descoberta de vários princípios neurofarmacológicos e com o advento de novas drogas neurolépticas, que permitiam manter o paciente estável por longos períodos, sem necessidade de internação. Mantidos estáveis, os pacientes poderiam ser tratados também pelas mais avançadas técnicas sócio e psicoterápicas, técnicas essas que, dispensando a internação, eram utilizadas com vistas à recuperação e à reinserção social dos doentes³⁵².

Esses mesmo avanços tecnológicos tornaram, totalmente, ultrapassada e dispensável a internação de doentes mentais com o único objetivo de administrar-lhe medicamentos, como ainda ocorre na maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros³⁵³.

Sebastião Rocha (PDT/AP) afirmou que ainda que o suporte familiar fosse, por muitos, considerado irreal, por exigir das famílias um sacrifício que não pudesse suportar, era preciso que elas superassem seus preconceitos relacionados ao fato de possuírem um familiar doente mental e assumissem sua parte do **ônus** (grifo do documento original)³⁵⁴.

Dentro da perspectiva parlamentar, no modelo comunitário, a família funcionaria como coadjuvante no processo terapêutico³⁵⁵. Reforçando a necessidade do suporte familiar, com base em estatísticas sobre doença mental, alegou que pesquisas estimam o número total de doentes mentais

³⁵². Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 9.

³⁵³. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 9.

³⁵⁴. “Assim como não se admite como normal uma família abandonar qualquer de seus membros portador de doença crônico-degenerativa (parksonismo 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 tratamento necessário, também não se pode mais aceitar que as famílias de portadores de doença psiquiátrica (cujo comprometimento neuropsicológico possui semelhanças como o que ocorre nas doenças supracitadas) apenas abandonem esses doentes em uma instituição em caráter definitivo”. Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 10.

³⁵⁵. “Ou seja, o paciente é encaminhado, diuturnamente, a hospitais-dia, centros de atenção psicossocial ou outros estabelecimentos, onde recebe a atenção de psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e médicos das diferentes especialidades e, ao final do dia, retorna (devidamente medicado, se necessário) aos cuidados de sua família. Além dos estabelecimentos acima, a família conta com os pronto-socorros psiquiátricos para as situações de emergência e com as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais para os momentos em que o paciente requeira internação, a qual se dá sempre em caráter temporário”. Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 10.

em um quantitativo que varia de um a sete por cento da população, índice que é tanto maior quanto mais industrializada a sociedade³⁵⁶.

Contudo, no Brasil, a prevalência das perturbações mentais era, comumente, considerada 10% da população geral, enquanto pesquisas americanas já calcularam esse percentual, naquele país, em até 13%. Ressalte-se, no entanto, que seria necessário proceder a uma análise das metodologias utilizadas para se fazer comparações entre esses números³⁵⁷.

No caso do Brasil, o menor percentual (1%) correspondia à época a 1,5 milhão de pessoas, e o índice mais comumente citado (10%), a um total de 15 milhões. Em se mantendo o modelo assistencial baseado na institucionalização do doente, esses números dizem respeito a indivíduos condenados à internação definitiva e à segregação do convívio social³⁵⁸.

Muitas pessoas se preocupavam com a questão da ameaça que um doente mental representaria para seus familiares ou para a comunidade (estereótipo do “louco violento”). 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, afirmou Sebastião Rocha (PDT/AP). Esse rótulo não era definitivo, já que os comportamentos de agressividade, que, geralmente, ocorriam nas fases de angústia e sensibilidade por que passavam os doentes, não eram inerentes a nenhuma patologia mental³⁵⁹.

A essa minoria, nessas fases agudas, se aplicava o princípio do confinamento, da mesma forma aos pacientes em fases de depressão ou confusão mental. Porém, excluindo-se os pacientes com essas características, na maioria das vezes transitórias, ainda resta a grande maioria de doentes mentais que não representam qualquer risco para si mesmo ou para outrem. Assim, não é razoável que o confinamento seja uma regra – como ocorria à época – impingida de forma indiscriminada³⁶⁰.

³⁵⁶. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 11.

³⁵⁷. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 11.

³⁵⁸. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 11.

³⁵⁹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 11.

³⁶⁰. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 11-12.

Há que se ressaltar a existência de profundas controvérsias sobre os resultados das experiências de reforma psiquiátrica já implementadas até hoje a nível mundial. As avaliações disponíveis poderiam variar, diametralmente, dependendo dos conceitos e da vivência do profissional envolvido. Os conceitos atribuídos vão do sucesso absoluto ao mais estrondoso fracasso, afirmou Sebastião Rocha (PDT/AP)³⁶¹.

Porém, acima de toda polêmica sobre os resultados, o caráter integrador e humano do tratamento comunitário de doentes mentais, anteriormente, descrito chocava-se com o quadro desolador da atenção psiquiátrica à época. 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 tornavam dependentes da instituição e perdiam o restante do senso social e familiar que a doença por si mesma não lhes subtraía³⁶².

Assim sendo, a assistência ao doente mental, predominantemente, comunitária constitui um avanço a ser fomentado e defendido por todos os seus responsáveis. Pode-se dizer que o movimento de reforma psiquiátrica tem abrangência mundial, com experiências já em andamento em diversos países. Na América Latina, a própria Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço regional da Organização Mundial de Saúde (OMS), deu fôlego ao processo da reforma por meio da Conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, Venezuela, em novembro de 1990³⁶³.

A Declaração de Caracas estatui que a reestruturação da atenção psiquiátrica permite a promoção de modelos alternativos centrados nas comunidades e em suas redes sociais e implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços. O documento conclamava os países a apoiarem a reestruturação da atenção

³⁶¹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 12.

³⁶². Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 12.

³⁶³. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 12-13.

psiquiátrica de forma a assegurar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações da região³⁶⁴.

No Brasil, o processo de reforma iniciou-se no final da década de 70, quando se constituiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, mais tarde transformado no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, de acordo com Sebastião Rocha (PDT/AP)³⁶⁵.

A partir do início da década de 90, o processo vem sendo capitaneado pelo próprio Ministério da Saúde, que, em 1991, por intermédio de sua Coordenação de Saúde Mental, iniciou um processo de reestruturação da assistência em saúde mental, caracterizado pelo financiamento de uma rede de assistência extra-hospitalar, pela abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e pela instituição de regras mais rígidas para o funcionamento dos serviços hospitalares psiquiátricos³⁶⁶.

Esse engajamento ampliou-se nas deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em 1992, com a participação de mais de mil delegados, 20% deles compostos por usuários dos serviços de saúde mental, indicados pelas mais de cem conferências estaduais e municipais realizadas em todo o país. Nessa mesma época, constituíram-se diversas organizações de familiares e de usuários dos serviços de saúde mental, que passaram a assumir um papel relevante na salvaguarda dos direitos humanos e da cidadania dos pacientes psiquiátricos, obtendo legitimidade e representatividade crescentes³⁶⁷.

Como resultado de diretriz emanada da II Conferência Nacional de Saúde Mental, foi constituída, em 1994, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com a presença de entidades de familiares e usuários, conselhos profissionais da área da saúde, prestadores públicos e privados e gestores de saúde. Essa Comissão era responsável pela definição dos rumos e diretrizes da política nacional de saúde mental³⁶⁸.

³⁶⁴. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 13.

³⁶⁵. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 13.

³⁶⁶. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 13.

³⁶⁷. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 13.

³⁶⁸. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 14.

Como consequência desse engajamento do Ministério da Saúde na reforma psiquiátrica, houve alguma mudança nos dados numéricos relacionados à assistência à saúde mental no país, mas que ainda não apontava para uma tendência definitiva de desospitalização do doente mental ou de otimização dos recursos do setor, dados os retrocessos ainda constatáveis³⁶⁹.

Em 1989, o Brasil possuía 313 hospitais psiquiátricos, sendo 259 privados ou filantrópicos e 54 estatais. Os gastos com internação psiquiátrica estavam em torno de 8,5% do total de gastos com internação pelo setor de saúde, com mais de 450 mil pacientes internados por transtornos mentais, sendo que os 87 mil leitos destinados à assistência psiquiátrica correspondiam a 20% do total de leitos no país³⁷⁰.

Em 1994, ou seja, em cinco anos, o número de hospitais psiquiátricos reduziu-se para 280, e o número de leitos para 69 mil, enquanto abriram-se cerca de dois mil leitos em hospitais gerais, implantando-se cerca de 200 hospitais-dia e centros e núcleos de atenção psicossocial em diversos estados do país³⁷¹.

Em 1998, segundo dados obtidos no DATASUS relativos a agosto de 1997, são 76.084 os leitos psiquiátricos, que, somados aos 1.527 leitos em hospitais-dia psiquiátricos, perfazem um quantitativo correspondente a 15,6% do total de leitos do SUS (497.354), representando um consumo de 11,6% do total gasto com internações e de 4,8% do total de recursos do SUS³⁷².

Ou seja, o número atual de leitos psiquiátricos diminuiu em relação a 1989, mas aumentou, em relação a 1994. Além disso, os leitos atuais, apesar de significarem um total 12,5% menor que o quantitativo de 1989, consomem 36,5% mais recursos, em termos do percentual que representavam as internações psiquiátricas em relação aos recursos totais do sistema

³⁶⁹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 14.

³⁷⁰. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 14.

³⁷¹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 14 - 15.

³⁷². Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 15.

gastos com internação, do que consumiam os leitos psiquiátricos naquela época³⁷³.

Assim, não se poderia afirmar que a determinação do Ministério da Saúde de proceder a uma reforma psiquiátrica estivesse produzindo resultados, numericamente, significativos no setor. O mesmo ocorria em relação ao Estado de São Paulo, cujo Poder Executivo vinha buscando reestruturar o segmento desde o início da década de 80³⁷⁴.

Os resultados lá alcançados até o final daquela década poderiam ser avaliados em estudo da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, elaborado com o objetivo de avaliar, como atividade econômica, os estabelecimentos de confinamento de doentes mentais, no período de 1980 a 1989³⁷⁵.

O parlamentar, em relação às conclusões do estudo, disse que cabia questionar apenas a qualificação da rentabilidade dos estabelecimentos de confinamento de doentes mentais como incerta³⁷⁶. Afirmou que poderia considerá-la, pelo contrário, como certa, já que basta ao proprietário do estabelecimento ter seus leitos ocupados para que receba, dos cofres públicos, a remuneração por essa ocupação, a qual, dada a escassez de leitos em estabelecimentos de atendimento não-manicomial, pode ser considerada, praticamente, garantida. Não é à toa que esses proprietários ampliaram o número de leitos de seus estabelecimentos.

Assim, pode-se inferir que as principais forças perpetuadoras do estado de coisas atual no campo da assistência psiquiátrica se baseiam no tripé (a) omissão dos familiares, (b) interesses dos donos de hospitais

³⁷³. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 15.

³⁷⁴. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 15.

³⁷⁵. Sebastião Rocha (PDT/AP) apresentou a pesquisa de Herval Pina Ribeiro denominada Estabelecimentos destinados ao confinamento de doentes mentais no Estado de São Paulo. Estudo de tendências enquanto atividade econômica (1980/1989) publicado pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 15 - 17.

³⁷⁶. "Por ser incerta e baixa a rentabilidade dos estabelecimentos de confinamento de doentes mentais, a tendência é sua estagnação como atividade econômica e sua fossilização como instituição médica". Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 17.

psiquiátricos e (c) conviência do Poder Público como responsável pelo suporte financeiro, afirmou Sebastião Rocha (PDT/AP)³⁷⁷.

Há que se concluir, portanto, que o processo de reforma psiquiátrica em andamento no país requeria outros instrumentos, inclusive norma legal pertinente, que lhe pudesse atribuir a celeridade e a efetividade necessárias³⁷⁸.

A existência do PLC n.8/91, deve-se, certamente, à necessidade de preenchimento dessa lacuna normativa, segundo Sebastião Rocha (PDT/AP). Fruto do movimento reformista e baseado na corrente da antipsiquiatria e no modelo de reforma psiquiátrica adotado na Itália, apresentado pelo deputado Paulo Delgado, em 12 de setembro de 1989, preconizava um processo de desospitalização do paciente psiquiátrico e a substituição dos leitos manicomialais por outras formas de atendimento³⁷⁹.

O principal propósito do projeto, além de determinar, legalmente, que a reforma fosse implementada, foi criar um mecanismo de aceleração e viabilização financeira desse processo de substituição progressiva dos leitos manicomialais por leitos nos estabelecimentos de saúde mental de caráter comunitário, mais humanos e menos dispendiosos³⁸⁰.

A maneira idealizada foi impedir o Poder Público, principal financiador do sistema, de contratar novos leitos em hospitais psiquiátricos e obrigá-los a transferir, paulatinamente, os recursos do SUS para as demais formas de assistência ao doente mental. Em outras palavras, a meta foi impedir que o Estado continuasse a subsidiar o péssimo tratamento oferecido pelos manicômios privados e obrigá-lo 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 atendimento³⁸¹.

Ressalte-se que essa ideia simples revestia-se de inegável potencial para transformar o atual estado de coisas. Assim sendo, o PLC n.8/91

³⁷⁷. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 18.

³⁷⁸. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 18.

³⁷⁹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 18.

³⁸⁰. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 18.

³⁸¹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 18 - 19.

recebeu a aprovação da parcela da sociedade que apoiava o movimento da reforma psiquiátrica³⁸².

Houve também uma série de manifestações de segmentos contrários ao projeto, a maioria delas com base no temor de que o projeto pudesse acarretar a colocação de todos os doentes mentais nas ruas, onde eles ficariam sem qualquer assistência e teriam ameaçada a própria integridade e a dos demais cidadãos³⁸³.

Considere-se, entretanto, que não existia no PLC n. 8, de 1991, dispositivo que embase tal temor. O grande problema do projeto, contudo, foi apresentar-se eivado de vícios legislativos e falhas conceituais, apesar de conter uma proposta de grande relevância e potencial para beneficiar a sociedade. Além disso, limitou seu escopo apenas aos aspectos da desospitalização e da internação compulsória, afirmou Sebastião Rocha (PDT/AP)³⁸⁴.

Os principais vícios e falhas do projeto resumiam-se a imposição de atribuições a entidades dos Poderes Executivos estaduais, ou seja, inconstitucionalidade por vício de iniciativa, a classificação de todas as internações não voluntárias como compulsórias, ignorando a diferença entre as internações determinadas pelo Poder Judiciário e aquelas solicitadas por familiares e/ou por médicos e a imposição de atribuições à Defensoria

³⁸². Durante sua tramitação no Congresso Nacional, recebeu manifestação de apoio de diversos segmentos, entre os quais: “Associação Brasileira de Psiquiatria/ VIII Jornada Norte-Nordeste de Psiquiatria / II Jornada Paraense de Saúde Mental (moção); conselhos federais de fiscalização do exercício profissional (moção assinada por dezoito conselhos); Conselho Nacional de Saúde (moção com parecer 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)”. Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 19.

³⁸³. Estão entre os críticos do projeto os seguintes manifestantes: “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); Instituto Brasileiro de Psico-Neuro Ciências (carta); Federação Brasileira de Hospitais /Departamento de Psiquiatria (carta, com estudo e anexos; substitutivo); Associação Psiquiátrica do Rio Grande do Sul (substitutivo); Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro/ Câmara Técnica de Saúde Mental (substitutivo)”. Cf. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 19 - 20.

³⁸⁴. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 20.

Pública – atribui, inconstitucionalmente, o *status* de autoridade judiciária à defensoria pública – atribui competência a um ente do Poder Judiciário que não é apropriado para a missão definida, tornando difusa a definição do destinatário do dever jurídico³⁸⁵.

Em consequência, um substitutivo ao projeto, mais abrangente e conceitualmente mais apropriado, de acordo com o parlamentar, acabou aprovado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, ambiente que assistiu, durante as discussões da matéria, aos polêmicos embates entre os defensores do movimento da antipsiquiatria (e, portanto, do projeto) e os críticos do movimento, perfilados com o autor do substitutivo, o senador Lucídio Portella.

O “Substitutivo Lucídio Portella” representou um real aperfeiçoamento no que tange a estabelecer diretrizes para uma política de saúde mental e um modelo abrangente de atenção ao doente mental, afirmou Sebastião Rocha (PDT/AP)³⁸⁶.

Os principais avanços encontravam-se nos seguintes pontos: (a) definição dos direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental; (b) estabelecimentos de saúde mental, abrangendo tantos os dispositivos destinados ao atendimento comunitário, quanto aqueles destinados à institucionalização do doente; (c) determinação de três tipos de hospitalização psiquiátrica; (d) previsão de assistência aos doentes visando a sua reabilitação e reinserção social; (e) obrigatoriedade do tratamento em regime de hospitalização oferecer assistência integral ao doente e (f) vedação da internação de doentes mentais em instituições com características asilares³⁸⁷.

O substitutivo, segundo Sebastião Rocha (PDT/AP), contemplava o que poderia ser considerado o modelo de assistência ideal, já que previa essa complementariedade entre o atendimento em hospitais psiquiátricos – prestado de forma integral – e as demais formas de atendimento. Isso,

³⁸⁵. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 20.

³⁸⁶. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 21.

³⁸⁷. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 21.

porém, demandaria, um significativo crescimento dos recursos gastos com saúde mental, o que o afasta da realidade da saúde no Brasil³⁸⁸.

A esse respeito cabe assinalar que o SUS, responsável pela quase totalidade dos gastos brasileiros com assistência psiquiátrica, desembolsou, no período de janeiro a agosto de 1998, com internações em hospitais psiquiátricos e em hospitais-dia psiquiátricos, o montante de R\$ 247.229.100,32 que correspondem a 11,6% do total gasto com internações, e a 4,8% do total de recursos dos sistemas no mesmo período. Em outras palavras, o leito psiquiátrico, mesmo sendo oferecido em caráter basicamente asilar e com precaríssima qualidade, constitui um serviço de saúde, extremamente, dispendioso, consumindo quase 5% do total de gasto com todas as especialidades³⁸⁹.

Assim, ainda que se pudesse supor que o volume de recursos totais do sistema pudesse crescer, significativamente, e a curto prazo (o que contraria a tendência, verificada a cada ano, de escasseamento dos recursos gastos com saúde no país), seria ingenuidade assumir que esse volume maior de recursos poderia ser direcionado para a saúde mental em detrimento das demais especialidades de saúde, todas carentes de investimentos³⁹⁰.

Dessa forma, mesmo que seja plausível propor um modelo ideal de atendimento ao doente mental e ter esperança de que ele um dia venha a ser implementado, certamente, constitui ilusão supor que ele possa ser instituído de uma hora para outra, pela simples edição de uma lei. De acordo com Sebastião Rocha (PDT/AP), a principal falha do substitutivo foi não estabelecer que era necessária uma reforma psiquiátrica para viabilizar a transição do atual estado de coisas para o modelo prescrito e não prever fontes de recursos para financiar essa transformação³⁹¹.

Em outras palavras, apesar de contemplar um modelo abrangente de assistência ao doente mental, de restringir a internação involuntária e de

³⁸⁸. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 21- 22.

³⁸⁹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 22.

³⁹⁰. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 22.

³⁹¹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 22 - 23.

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 assistência³⁹².

Isso porque os recursos do SUS que mantém tanto os hospitais públicos quanto à maioria dos leitos em hospitais privados, continuaram a ser totalmente gastos com esses leitos, e não mais puderam ser canalizados para as outras formas de assistência, mais baratas e certamente revolucionárias em seu objetivo de socializar o paciente psiquiátrico, afirmou Sebastião Rocha (PDT/AP)³⁹³.

A afirmação acima é feita com base na posição dos dois já mencionados principais agentes de perpetuação, de acordo com o parlamentar, do atual quadro calamitoso da assistência à saúde mental: proprietários de hospitais psiquiátricos e familiares dos doentes. Sobre os proprietários de tais estabelecimentos ditos de saúde, impossível desconsiderar o fato de que uma boa parte deles, mesmo sob intensa crítica e diante do evidente des-serviço que prestam aos doentes e à sociedade de modo geral, não têm demonstrado a preocupação de aprimorar a qualidade de seus serviços. A principal razão para isso é de foro econômico³⁹⁴.

³⁹², Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 23.

³⁹³, Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 23.

³⁹⁴, Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 23 - 24. "Retomando, neste ponto, o estudo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, vê-se pelas conclusões do referido trabalho, que a sobrevivência dos hospitais psiquiátricos se deve aos lucros marginais que a atividade propicia aos empresários do setor. Esses lucros, mesmo não excessivamente vultosos, são redimentos estáveis que independem da qualidade do serviço prestado em contrapartida, já que o SUS retribui as instituições pelo número de pacientes atendidos e de atos praticados. Essa modalidade de retribuição de serviços também é o motivo pelo qual esses empresários buscam aumentar sua renda pelo artifício de incluir cada vez mais leitos no mesmo espaço. Além disso, é costume possuírem vários estabelecimentos em uma mesma região geográfica, já que a atividade corresponde a um "negócio" certo, cujos rendimentos dependem mais da quantidade de serviços do que sua qualidade ou da capacitação técnica de seus prestadores. Certamente, é esse o mesmo motivo para que nenhum desses estabelecimentos tenha recebido investimentos de seus proprietários, os quais, pelo atual sistema, não obteriam o retorno financeiro por tais investimentos. Assim, diante da comodidade da situação em que se encontram, não há porque imaginar que esses agentes tenham, por conta própria, a iniciativa de vencer a inércia e melhorar a assistência prestada aos doentes".

Da mesma forma, as famílias, diante da inexistência de um processo de reforma legalmente estabelecido, não mediram esforços no sentido de manter seus doentes internados no hospitais onde se encontram, já que isso era muito mais cômodo para os membros dessas famílias do que eles assumirem suas funções de responsáveis pelo doente e de coadjuvantes em seu tratamento. Ou seja, dificultava-se e prolongava-se a tentativa de reinserção do doente em seu meio social³⁹⁵. Assim sendo, poderia se concluir que essas falhas existentes no substitutivo faziam de seu texto uma proposta inócua no que tange ao favorecimento de uma verdadeira mudança no quadro brasileiro dos cuidados com a saúde mental.

Caso elas persistissem na lei que viesse a ser aprovada, ter-se-á perdido a oportunidade de viabilizar o instrumento necessário para dar celeridade à reforma já em andamento – a passos lentos – em diversas instituições do país, com o respaldo de parcela significativa dos profissionais de saúde mental e bancada pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais³⁹⁶.

Segundo Sebastião Rocha (PDT/AP), a reforma psiquiátrica em curso, continuaria sendo implementada, apesar da inexistência de um arcabouço jurídico capaz de lhe dar celeridade e embasamento legal. Assim, de acordo com o parlamentar, a despeito da legitimidade da divergência ideológica e da disputa inerente à atividade política, a sociedade esperava do Senado Federal, como instituição legiferante e representativa dos Estados da Federação, que criasse a lei que melhor respaldasse a transformação do perverso cenário atual rumo a um novo modelo: de base comunitária, mas prestador de todos os tipos de assistência, inclusive a que pressupunha internação em hospitais psiquiátricos, a qual deveria ser encarada como um recurso suplementar ao tratamento comunitário, e não o inverso. Acima de tudo, cabe a todo o Poder Legislativo editar uma norma que – entre outras funções – assegure a reforma psiquiátrica³⁹⁷.

³⁹⁵. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 24 - 25.

³⁹⁶. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 25.

³⁹⁷. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 25 - 26.

Quanto à análise dos conceitos abordados e a situação descrita, Sebastião Rocha (PDT/AP) afirmou que se infere em relação à lei ideal de saúde mental a contemplação de cinco requisitos básicos: (a) a elaboração das diretrizes para uma política nacional de saúde mental, (b) a definição do modelo mais abrangente e ideal possível de atendimento à saúde mental, (c) a determinação da forma de transição da situação atual para o modelo ideal, (d) a previsão dos meios financeiros para fomentar a transição e (e) a estipulação das penas para quem praticar atos lesivos à integridade dos doentes mentais ou violar dispositivos contidos na lei³⁹⁸.

O projeto Paulo Delgado apresentava a forma de transição da situação atual para o modelo ideal – a substituição progressiva dos leitos manicomialais por leitos nos outros tipos de assistência – e um meio eficaz para fomentar essa transição – a transferência do financiamento público do modelo institucionalizante para o tratamento comunitário. Ou melhor, o projeto contempla os requisitos três e quatro da lei ideal, que representam os mecanismos necessários para possibilitar que a reforma psiquiátrica aconteça efetivamente e com a celeridade demandada pela precariedade da atual assistência ao doente mental. O grande problema do PLC n. 8/91, contudo, é que ele, além de limitar sua abrangência ao processo de transição, contém imperfeições tanto de conteúdo quanto de técnica legislativa³⁹⁹.

O “Substitutivo Lucídio Portella” (Emenda n.1 - CAS) abrange o conteúdo dos dois primeiros requisitos da lei ideal: as diretrizes para uma política de saúde mental e um modelo mais abrangente de assistência psiquiátrica. Entretanto, o substitutivo não estabeleceu a forma como se daria a necessária transição da atual situação calamitosa para esse modelo ideal e também não forneceu o mecanismo financeiro para fomentar essa transformação. Se a lei que vier a ser aprovada persistir com essas lacunas, constituirá norma, certamente, destinada a se tornar “letra morta”, como

³⁹⁸. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 26.

³⁹⁹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 26.

milhares de outras leis brasileiras, perfeitas na forma e no conteúdo, mas destituídas de aplicabilidade e efetividade⁴⁰⁰.

Podemos deduzir, portanto, que nenhum dos dois textos (PLC n. 8/91 ou substitutivo), isoladamente, atende a todos os requisitos acima listados (o último requisito não foi sequer mencionado por qualquer uma delas). Porém, o Senado Federal ainda poderia atuar em diferentes oportunidades para aperfeiçoar o projeto, afirmou Sebastião Rocha (PDT/AP). Mantendo o Plenário a decisão da Comissão de Assuntos Sociais de aprovar a proposta na forma do substitutivo apresentado, haveria, em conformidade com o disposto no parágrafo único, do art. 270, do Regimento Interno, turno suplementar de discussão e votação. No turno suplementar, ocorreria uma nova fase de recebimento de emendas – desta vez apresentadas ao texto do substitutivo- momento em que poderiam ser sugeridas quaisquer novas ideias e disposições que desejarem, inclusive as penalidades aplicáveis nos casos de descumprimento da lei⁴⁰¹.

Sebastião Rocha (PDT/AP) sustentava a tese de que o Senado Federal teria a oportunidade de aprimorar a proposta por meio da aprovação das emendas de Plenário que a aproximassem da lei ideal. Assim, o parlamentar recomendou, a aprovação parcial dessas emendas, por meio do texto que apresentou, baseado no §6º do art.133 do Regimento Interno, depois de analisar o Projeto original, o substitutivo do senador Lucídio Portela e as Emendas de plenário, com o objetivo de tentar suprir as lacunas existentes nos seguintes termos⁴⁰².

A Emenda n. 9 – Plenário, o projeto substitutivo do senador Sebastião Rocha (PDT/AP) foi aprovada pela Comissão Diretora em 15 de dezembro de 1998. Dessa forma, o parlamentar manifestou-se pela aprovação do texto que apresentou ao concluir o parecer ao PLC n. 8/91.

O requerimento n. 628 de 1988 assinado pelo senador Sebastião Rocha (PDT/AP), nos termos dos arts. 300, XIII e 311, item 4 do Regimento

⁴⁰⁰. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 27.

⁴⁰¹. Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 27.

⁴⁰². Parecer n. 688, de 1998. Relator: Senador Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 27 - 28.

Interno, propunha a preferência para a votação da Emenda n.9 – Plenário sobre a Emenda n.1 – CAS.

O parlamentar também sugeriu destaque de disposição normativa para votação em separado através do requerimento n.629 de 1998, nos termos do art. 300, XV, combinado com o art. 312, alínea “b”, do Regimento Interno, da expressão; “ revogando-se as disposições em contrário”, constante do art. 14 da Emenda n.9 – Plenário (substitutiva), oferecida ao PLC n.8 de 1991, para a adequação ao art.9º da Lei Complementar n.95 de 1998.

Em 15 de dezembro 1998, a Comissão Diretora do Senado Federal pronunciou-se através do Parecer n.691 de 1998, tratando sobre a redação do vencido, para o turno suplementar, do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara n.8, de 1991 que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória (ANEXO XIII).

Em 06 de janeiro de 1999, o Requerimento n. 2 de 1999, foi incluído na ordem do dia. Em seu texto, os senadores consideraram o tempo de 7 anos em que o PLC n. 8/91 permaneceu na Comissão de Assuntos Sociais, sendo emitido parecer às emendas de Plenário em razão de requerimento de urgência à sua tramitação, quando inclusive foi votado em primeiro turno, e foram recebidas emendas para a votação em turno suplementar.

Consideraram que o Projeto de Lei em questão era de grande interesse social, tendo gerado amplo debate entre os segmentos sociais interessados e grande repercussão nos meios de comunicação. Salientaram também que a não apreciação do aludido Projeto de Lei tinha frustrado a opinião pública, com prejuízo da imagem do Senado Federal, além da demora ocorrida ter levado a um sobrestamento de medidas do próprio Poder Executivo quanto à implantação de uma necessária Política de Saúde Mental para o país.

Consideraram também o final da então legislatura vigente que expiraria ao término desta Convocação Extraordinária. Além da tendência de acúmulo de matérias à deliberação do Plenário, nas últimas semanas da Convocação Extraordinária. Considerando o debate sobre a matéria estar

pacificado pelo amplo entendimento na consecução do último substitutivo, recentemente aprovado em Plenário.

Considerando a necessidade de se continuar a apreciação da matéria dentro da celeridade já iniciada, atendendo reclamos da opinião pública. Requereram tramitação, em regime de urgência do PLC n. 08/91 nos termos do art. 336, alínea “c”, obedecendo o disposto no inciso III do art. 338 do Regimento Interno do Senado Federal.

O senador federal Antônio Carlos Magalhães (PFL/BA) apresentou na ordem do dia o substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara n.8, e 1991, em regime de urgência, nos termos do requerimento n.2, de 1999 – art. 336, alínea “c”, tendo parecer sob o n. 691, de 1998, da Comissão Diretora, cuja relatoria ficou a cargo do senador Ronaldo Cunha Lima (PMDB/PB).

Foi, então, concedida a palavra ao senador Sebastião Rocha (PDT/AP), relator da matéria na Comissão de Assuntos Sociais, a fim de dar parecer sobre as Emendas de Plenário. Iniciou seu discurso apresentando a trajetória legislativa do PLC n.8/91, desde a aprovação na Câmara dos Deputados e o encaminhamento ao Senado em 15 de fevereiro de 1991.

Evidenciou o fato de que durante a tramitação na Comissão de Assuntos Sociais, o projeto de sua autoria foi fruto de um entendimento entre as duas correntes que tinham interesses diretos nesse assunto, com o apoio e a participação direta também do Ministério da Saúde. Após realizar a leitura do relatório⁴⁰³ baseado no §6º do art. 133 do Regimento Interno,

⁴⁰³. Naquela oportunidade, foram apresentadas dez emendas. A Emenda n.1, do senador José Eduardo Dutra, propunha a alteração no caput do art.1º (com parecer favorável). A Emenda n.2 do senador José Eduardo Dutra (PT/SE) que propunha uma nova redação ao caput do art.2º do substitutivo aprovado (com aprovação parcial da emenda). A Emenda n.3 do senador José Eduardo Dutra (PT/SE) propunha suprimir ao caput do art. 3º do substitutivo ao projeto a expressão “qualquer” (com aprovação parcial). A Emenda n.4 do senadora Emília Fernandes propunha a alteração no caput do art.3º (com aprovação parcial).A Emenda n.5 da senadora Emília Fernandes propunha uma nova redação para o art.4º do substitutivo aprovado (com parecer contrário). A Emenda n.6 de autoria do senador José Eduardo Dutra (PT/SE) propunha acrescentar no caput do art.4º do substitutivo a expressão “substitutiva” após a frase “... onde não exista estrutura assistencial.” (com parecer contrário). A Emenda n.7 também do senador José Eduardo Dutra (PT/SE) propunha acrescentar um parágrafo único ao art.4º do substitutivo (com parecer pela aprovação parcial).A Emenda n. 8 do senador José Eduardo Dutra (PT/SE) - com parecer pela aprovação parcial. A Emenda n. 9 também do senador José Eduardo Dutra (PT/SE) propunha uma nova redação ao art.5º do substitutivo, propondo uma nova redação tanto ao §2º quanto a supressão do §3º e a manutenção do §4º (com parecer pela aprovação parcial). Emenda n.10, também do senador José Eduardo Dutra (PT/SE) que propunha que se substitua no art.9º do substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.8 a expressão “ a

manifestou-se, favoravelmente, à Emenda n.1, contrário às Emendas de n.5, 6 e 10 e pela aprovação parcial das Emendas n.2, 3, 4, 7, 8 e 9. Assim, Antônio Carlos Magalhães (PFL/BA) declarou-se favorável, com as observações feitas pelo relator, Sebastião Rocha (PDT/AP), dizendo que a matéria constaria da pauta da sessão deliberativa seguinte.

4.19 Parecer n.27 de 1999

Tratava sobre o relatório da Comissão de Assuntos Sociais, de relatoria do senador Sebastião Rocha (PDT/AP) que retomava a justificativa das suas análises das 10 emendas já apresentadas.

4.20 Parecer n. 43 de 1999 – da Comissão Diretora do Senado Federal

Realizado em 21 de janeiro, tratava sobre a redação final do substitutivo do Senado ao Projeto de Lei n.8 de 1991. A Comissão Diretora apresentou, assim, a redação final do substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara n.8, de 1991, consolidando as emendas e subemendas aprovadas no turno suplementar, juntamente foi anexado ao parecer o texto final.

4.21 Câmara dos Deputados: promulgação e publicação

No dia 28 de janeiro de 1999, houve a apresentação da Emenda/Substitutivo do Senado no Plenário. E em seguida, a Mesa Diretora da Câmara recebeu o envio do Ofício n. 80/99 do Senado Federal, comunicando a aprovação do projeto substitutivo.

Em 20 de abril de 1999, adotou-se a denominação na Câmara dos Deputados de Projeto de Lei n.3.657-C⁴⁰⁴ que dispunha sobre a proteção e

procedeu” para “o determinou” com parecer contrário.

⁴⁰⁴. Foi publicada no *Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano LIV - n. 68* de 20 de abril de 1999, p. 16.712.

os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redirecionava o modelo assistencial em saúde mental.

Já em 3 de maio do corrente ano, na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, houve o despacho às Comissões de Seguridade Social e Família e Constituição, Justiça e Redação, de acordo com o art. 54 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, inclusive com a leitura e publicação do substitutivo do Senado Federal (PL n. 3.657-C/89). Em 6 de maio de 1999, foi nomeada relatora, na Comissão de Seguridade Social e Família, a deputada federal Rosinha, tendo sido redistribuída a relatoria para o deputado federal Carlos Mosconi em 14 de maio.

Na Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania (CCJC), coube ao deputado federal Fernando Coruja em 28 de março, a relatoria do projeto substitutivo do Senado Federal que foi levado para discussão em Plenário no dia 21 de março de 2001, em turno único, ocasião em que foi retirado de pauta da ordem do dia, de ofício.

No dia 27 de março de 2001, no Plenário da Câmara houve a discussão em turno único do substitutivo do Senado Federal, sendo designado para proferir pareceres ao substitutivo do Senado Federal: o deputado federal Carlos Mosconi, em substituição a Comissão de Seguridade Social e Família, que concluiu pela rejeição e o deputado federal Fernando Coruja, em substituição a Comissão de Constituição, Justiça e Redação que concluiu pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa⁴⁰⁵.

Finalmente, em 27 de abril de 2001 foi aprovado o substitutivo do Senado Federal. Em 04 de abril, na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados foi remetido à sanção através da mensagem 005/01 e encaminhado o Ofício PS-GSE 42/01 ao Senado Federal comunicando a remessa do projeto à sanção.

⁴⁰⁵. Houve uma questão de ordem do deputado federal Arnaldo Faria de Sá questionando sobre a votação do substitutivo do Senado Federal, uma vez que o mesmo recebeu pareceres divergentes da CSSF e da CCJR, que foi respondida pela presidência. Discussão do substitutivo do Senado Federal, pelos deputados Paulo Delgado, Arnaldo Faria de Sá, Ivan Paixão, Marcos Rolim, Fernando Coruja, Henrique Fontana, Damião Feliciano e Salomão Gurgel. Encerrada a votação. Votação em turno único.

Em 06 de abril, a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, transformou o projeto em norma jurídica. No mesmo mês, no dia 13 foi remetido ao Senado Federal o Ofício OS-GSE 239/01 comunicando que este projeto foi sancionado e convertido na Lei n.10.216/01 (ANEXO XIV).

De acordo com o artigo 1º da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01), ficam assegurados os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma discriminatória. Em decorrência do princípio da igualdade formal, com previsão no artigo 5º, CRFB/88, assim como em homenagem aos fundamentos da República Federativa (artigo 1º, incisos I e II, CRFB/88) assentados, dentre outros; respectivamente, na cidadania e na dignidade da pessoa humana, busca-se cumprir um dos objetivos republicanos fundamentais (artigo 3º, IV, CRFB/88): promover o bem de todos, sem preconceitos. De fato, em razão do mandamento constitucional do artigo 5º, § 1º, CRFB/88, as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicabilidade imediata.

Há autores da psiquiatria que não admitem que a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática compeliram a psiquiatra a abandonar o conceito de doença mental, que não contribuía na compreensão dos sujeitos assim denominados⁴⁰⁶. Nesse sentido, o médico psiquiatra Paulo Amarante, de modo crítico, propõe a utilização da expressão pessoa em sofrimento psíquico:

Assim sendo, a psiquiatria passou a experimentar novas definições e mais recentemente optou por adotar os termos “transtorno mental” (em português e espanhol) e “desordem mental” (em inglês). A legislação brasileira utiliza a expressão “os portadores de transtorno mental”. Não nos dá a ideia de alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito? Se formos levar ao limite a ideia de portador, poderíamos considerar que todos nós carregamos o fardo de nossa personalidade e caráter. Por outro lado, uma pessoa com transtorno mental é uma pessoa transtornada, que é o mesmo que possessa. Em inglês o termo *mental disorder* nos remete

⁴⁰⁶. AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª Ed. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

a pensar em não ordem, quebra da ordem, sem ordem, e aí voltamos ao princípio da questão: qual é ordem mental? O que é normalidade mental? Por estas razões no campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos “em” sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito⁴⁰⁷.

Todavia, como se nota, optou-se na legislação em saúde mental brasileira pela expressão “pessoa com transtorno mental”. O artigo 2º da Lei da Reforma Psiquiátrica assegura o acesso à informação dos direitos previstos em seu parágrafo único, de modo que a pessoa e seus familiares ou responsáveis sejam formalmente cientificados, por ocasião dos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza: acessibilidade, humanidade, respeito, proteção, sigilo nas informações prestadas, em respeito ao direito à intimidade, privacidade e honra da pessoa em transtorno mental (artigo 5º, X, CRFB/88), presença médica, acesso à informação sobre a doença e seu tratamento e ser tratada em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis.

Os artigos 1º e 2º tratam expressamente da defesa dos direitos, embora sem menção específica à capacidade civil. De acordo com o médico psiquiatra Pedro Gabriel Godinho Delgado parece legítima a interpretação de que, sendo a interdição um processo judiciário que afeta diretamente a capacidade civil do paciente e, portanto, seus direitos deva igualmente ser objeto de acompanhamento e fiscalização⁴⁰⁸.

O artigo 3º da Lei da Reforma Psiquiátrica prevê a responsabilização do Estado, pelo desenvolvimento da política em saúde mental, na assistência e promoção de ações de saúde em estabelecimento de saúde mental com participação, nesse processo, da sociedade e da família. Com previsão no artigo 4º, encontram-se as modalidades de internação, bem como sua

⁴⁰⁷. AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª Ed. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 68.

⁴⁰⁸. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica**. In: VENÂNCIO, Ana Teresa A; CAVALCANTI, Maria Tavares (Org). **Saúde Mental. Campo, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: Editora EPUB, 2001, p. 286.

finalidade que deve pautar-se pela reinserção social do paciente em seu convívio social. Nesse sentido, o regime de internação deve promover, por intermédio da equipe multidisciplinar em saúde mental, uma assistência integral à pessoa com transtorno mental.

Observa-se que fica proibida à internação em instituições com características asilares. A *contrario sensu*, o legislador ordinário definiu as instituições asilares: são aquelas que praticam condutas contrárias à previsão do artigo 4º, §2º e não garantem os direitos previstos no artigo 2º, parágrafo único. O artigo 5º trata da proteção do paciente hospitalizado a longo tempo em decorrência do seu quadro clínico ou ausência de suporte social com política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Isso inclui a garantia do atendimento em ambiente comunitário e os insumos adequados de suporte social⁴⁰⁹.

O artigo 6º da Lei da Reforma Psiquiátrica traz as hipóteses de internação psiquiátrica (voluntária, involuntária e compulsória), bem como a necessidade comprobatória dos motivos acompanhados de laudo médico circunstanciado. No artigo 7º da Lei da Reforma Psiquiátrica consta a previsão da internação voluntária que deve ser acompanhada de declaração assinada pela pessoa em transtorno mental, cujo o término se dá pela solicitação do paciente ou do médico.

O médico responsável pela autorização da internação voluntária ou involuntária deve ter o registro do Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado-membro da federação onde se localize o estabelecimento (art. 8º, *caput* da Lei da Reforma Psiquiátrica). No caso da internação involuntária, o responsável técnico pelo estabelecimento deverá comunicar o Ministério Público estadual no prazo de 72 horas, de igual modo a alta médica (art. 8º, §1º da Lei da Reforma Psiquiátrica).

Os hospitais que realizam a internação contra a vontade do paciente deverão encaminhar tal comunicação aos setores competentes do

⁴⁰⁹. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica**. In: VENÂNCIO, Ana Teresa A; CAVALCANTI, Maria Tavares (Org). *Saúde Mental. Campo, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: Editora EPUB, 2001, p. 288.

Ministério Público Estadual, em geral as áreas de Defesa da Cidadania ou, dentro desta, a área específica da saúde⁴¹⁰. Além disso, deve ser ressaltado que uma internação voluntária pode tornar-se involuntária e, se ficar assim caracterizada, também deve ser objeto de notificação ao Ministério Público Estadual⁴¹¹.

O artigo 8º, § 2º da Lei da Reforma Psiquiátrica versa sobre o rol dos legitimados para soliciarem a desinternação nos casos involuntários: solicitação escrita do familiar, do representante legal ou do especialista responsável pelo tratamento. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que deve levar em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (art. 9º da Lei da Reforma Psiquiátrica):

A lei 10.216/01 faz um rápida menção, nos artigos 6 e 9º., à internação compulsória, isto é, determinada pela Justiça, nos casos de delito cometido pelo paciente psiquiátrico. Desde a redação original de 1989, quando iniciou sua tramitação na Câmara dos Deputados, o projeto Paulo Delgado optou deliberadamente por não tratar das mudanças nos Códigos Civil e de Processo Civil – no que se refere à interdição dos *loucos de todo gênero* –, e na área Penal – no que respeita à inimputabilidade e periculosidade do paciente psiquiátrico que comete delitos. Foi uma opção deliberada, em benefício da clareza e da eficácia da mudança normativa proposta. Era prioritário, inicialmente: inaugurar a reorientação da política sanitária hospitalocêntrica; afirmar a compatibilidade entre cidadania do paciente e tratamento, como norte ético da reforma, e garantir que a internação psiquiátrica deixasse de fazer-se no vazio normativo e ao largo dos dispositivos de defesa da liberdade individual⁴¹².

Em caso de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento a direção do estabelecimento, em 24 horas da data da ocorrência, comunicará aos seus familiares ou representante legal e autoridade

⁴¹⁰. Ibidem, p. 285.

⁴¹¹. Ibidem, p. 286.

⁴¹². DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica**. In: VENÂNCIO, Ana Teresa A; CAVALCANTI, Maria Tavares (Org). *Saúde Mental. Campo, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: Editora EPUB, 2001, p. 287.

sanitária competente (artigo 10 da Lei da Reforma Psiquiátrica). Em relação às pesquisas científicas para fins de diagnósticos ou terapêuticos, não serão realizadas sem o consentimento expresso do paciente ou representante legal e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais e ao Conselho Nacional de Saúde (artigo 11 da Lei da Reforma Psiquiátrica). E por fim, o artigo 12 da Lei da Reforma Psiquiátrica destacou a criação da comissão nacional para o acompanhamento e implementação da lei.

Em seu exame crítico, Silvio Yasui assegura que o texto final da Lei 10.216/01 está muito distante do saudável radicalismo do projeto original, aprovado em 1989⁴¹³:

No primeiro, temos uma proposta de substituição de modelo e, no outro, de proteção, de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Como revelador dessa característica, podemos destacar o fato de sete (4º a 10), de seus treze artigos, referirem-se exclusivamente à regulamentação da internação psiquiátrica, enquanto dois (1º a 2º) aludem aos “direitos e à proteção das pessoas acometidas de transtorno mental”. A mudança de modelo de atendimento aparece como uma sugestão no item IX do parágrafo único, do artigo 2º, expressa como direito da pessoa em “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”. Os outros artigos se relacionam à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei⁴¹⁴.

Pode-se inferir, a partir da interpretação jurídica da Lei da Reforma Psiquiátrica que seu objetivo precípua foi o desejo de eliminar o sistema hospitalocêntrico do tratamento psiquiátrico, em razão da utilização de recursos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entendo que ainda o Projeto de Lei n.3.657/89 não assumiu um radicalismo, pois ainda permitiu a participação da iniciativa exclusivamente privada, bem como a

⁴¹³. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 22ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

⁴¹⁴. YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 22ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 63.

existência do hospital psiquiátrico especializado, dentro do novo escopo da Política Nacional de Saúde Mental.

Reforçou-se, politicamente, os direitos e garantias individuais já previstos na Carta Política de 1988, inclusive aos “portadores de transtorno mentais”. Buscou-se com esse processo de mudanças na assistência psiquiátrica humanizar o hospital psiquiátrico e reduzir os custos financeiros do Estado.

A reforma psiquiátrica, introduzindo o tema da autonomia pessoa e da vida civil ativa como critérios de eficácia terapêutica, produzirá fatalmente mudanças práticas na cultura da tutela. O edifício rígido da tutela só poderá mover-se com a constatação ativa, criativa e contraditória do pressuposto da incapacidade civil do louco, de fato, o nascimento da afirmação positiva dessa cidadania paradoxal, e que vem, com grandes dificuldades, constituindo-se na marca ética das experiências mais significativas da psiquiatria brasileira desde o início dos anos 1990⁴¹⁵. De fato, a compreensão da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico e a luta pela garantia e efetividade dos seus direitos fundamentais possibilitou avanços durante o início dos anos 2000 com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs).

No âmbito civil, a aprovação do Código Civil de 2002, com a revogação do anterior de 1916, bem como a aprovação do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.13.156/15) nos colocam diante de novos desafios em busca da construção de uma sociedade sem manicômios, sobretudo nos debates sobre a capacidade civil, autonomia e vulnerabilidade da pessoa em sofrimento psíquico⁴¹⁶. Não menos importante, no campo penal, o

⁴¹⁵. DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Pessoas e bens: sobre a cidadania dos curatelados**. In: JUNIOR, Benilton Bezerra; AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992, p. 110.

⁴¹⁶. Nesse sentido, veja os trabalhos de ABREU, Célia Abreu. **Curatela & Interdição Civil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009 ; ABREU, Célia Abreu. **Primeiras Linhas sobre a Interdição após o Novo Código Civil**. Curitiba: Editora CRV, 2015; BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Victor (Coord). **Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência à luz da Constituição da República**. Belo Horizonte: Fórum, 2018; MARTINS, Guilherme Magalhães. HOUAISS, Livia Pitelli (Coord). **Estatuto da Pessoa com Deficiência: Comentários à Lei n. 13.146/15**. São Paulo: Editora Foco, 2019; REQUIÃO, Maurício. **Estatuto da Pessoa com Deficiência, Incapacidades e Interdição**. Editora Tirant Brasil, 2018; ALMEIDA, Victor. **A capacidade civil das pessoas com deficiência e os perfis da curatela**. Belo Horizonte: Fórum, 2019; MENEZES, Joyceane Bezerra de. **Direito das Pessoas com Deficiência Psíquica e**

cuidado terapêutico da pessoa em sofrimento psíquico infratora e sua reinserção social no convívio comunitário tem sido discutido, de modo crítico, sobretudo em relação à medida de segurança prevista Código Penal, bem como o debate interseccional entre raça, classe e gênero⁴¹⁷.

Intelectual nas Relações Privadas. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e Lei Brasileira de Inclusão. Rio de Janeiro: Editora Processo, 2016; CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Por uma pedagogia da loucura: experiência de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.** 383f. Tese (Doutorado em Direito). Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade de Brasília (UnB). Brasília – DF, 2018; PASSOS, Rachel Gouveia; DE OLIVEIRA, Melissa. **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Autografia, 2017 e ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos. Cultura e Processos de subjetivação.** Curitiba –PR: Editora APPRIS, 2018.

⁴¹⁷. Nessa perspectiva, veja os trabalhos de CAETANO, Haroldo. **Loucura e Direito Penal. Pistas para a extinção dos manicômios judiciários.** 216f. Tese. (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Niterói- RJ, 2018; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica. Silencios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciários brasileiros.** São Paulo: Editora Empório do Direito, 2017; CARVALHO, Salo de. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro.** São Paulo: Editora Saraiva, 2015.

Considerações finais

A partir do século XIX, instituiu-se a disciplina da medicina mental, com o advento da psiquiatria clássica. A loucura passou a ser vista pelo olhar científico e a doença mental foi transformada em objeto de conhecimento médico. Entretanto, já aconteciam discussões preliminares sobre o regime da "alienação mental", pós-Revolução Francesa (1789).

Em que pese afirmar um tratamento terapêutico, a ação de Pinel, ao retirar as correntes dos "doentes mentais", não gerou necessariamente a participação política dessas pessoas no convívio social francês, pois como se nota, a concepção da psiquiatria clássica (Philippe Pinel e Jean-Étienne Esquirol), sob a fundamentação do modelo biomédico do corpo, apresentou o isolamento moral como modelo de assistência psiquiátrica, por exemplo. Assim, a prática dos atos ditos terapêuticos representava, de fato, o cenário sociopolítico, à época, e correspondia aos interesses de legitimação da segregação do "alienado mental".

Assim, a psiquiatria tradicional não entrou em crise, uma vez que a própria condição de possibilidade e seus fundamentos teóricos e práticos já representavam um olhar rígido e disciplinador sobre o Outro, designado como desviante, louco e marginal. Portanto, a própria constituição do paradigma do saber psiquiátrico moderno era a crise, pois não houve um período em que ele deixou de estar em crise, sobretudo, em razão do seu surgimento, das descrições e classificações das modalidades de alienação e doença mental.

Como método terapêutico central, a internação psiquiátrica com características asilares era a condição do saber biomédico sobre o homem. Ao lado da perspectiva do tratamento moral – “doença mental” como problema de ordem moral -, o isolamento do convívio sociofamiliar era essencial para se verificar a origem da “doença mental”, sob a justificativa da

periculosidade social e proteção do próprio indivíduo. Além de ampliar para o plano do espaço público de prevenção e promoção da saúde mental, com características de higienização social.

Todavia, é oportuno observar, criticamente, a forma como a sociedade e as instâncias jurídicas, políticas e sociais ao longo dos anos na história da assistência psiquiátrica brasileira aprofundaram o abismo e a intangibilidade social, em detrimento do sentimento de empatia e alteridade com a pessoa em sofrimento psíquico.

Durante o processo de medicalização da sociedade brasileira inaugurado com a chegada da Família Real portuguesa, constatou-se que a estrutura da administração hospitalar/asilar, sob influência inicial do alienismo francês, foi realizada de modo consciente das práticas e métodos terapêuticos com nítidos objetivos de intervenção e controle social. É possível afirmar que havia uma racionalidade na condução das ações do Estado, sendo leviano dizer que o tratamento degradante destinado ao “alienado mental” era a melhor proposta à época – o cenário brasileiro seguiu a tendência internacional atrasado cerca de um século, desde que Philippe Pinel realizou seu gesto simbólico de “libertação” dos loucos do Hospital Bicêtre, na França, e publicou em 1801 o *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie*, marco do surgimento da psiquiatria.

Já no contexto brasileiro, houve a importação do modelo da psiquiatria asilar europeia com breves adaptações relacionadas aos campos políticos, econômicos e sociais, porém sem críticas quanto aos paradigmas científicos. Assim, em nome de uma contínua prática médico-científica acrítica desenvolvida em solos brasileiros, estabeleceu-se o Hospício de Pedro II, em 1841, inaugurado somente em 1852.

Como resultado dessa política de assistência psiquiátrica com características cada vez mais centralizadoras pelo Estado, nasceu o Hospital Nacional de Alienados e, no segundo momento, a Assistência Médico-Legal. Somado a isso, a Escola de Enfermagem, juntamente com o *Museu Anatomo-Pathológico*, reforçou a busca por tornar cada vez mais científico o tratamento da alienação mental.

Esse contexto de reestruturações na administração da assistência psiquiátrica brasileira é evidenciado, sobretudo, pela edição de inúmeros decretos na década de 1890, que buscavam traçar os rumos da recém República, sob os ideais do liberalismo. Na transição do século XIX para o início do XX, demonstrou-se a preocupação pela construção da identidade nacional. A partir de então, a psiquiatria assumiria a responsabilidade na condução do projeto de eugenia ao lado do aparato jurídico.

Após a constatação de denúncias sobre a péssima prestação da assistência em saúde, inclusive mental, a partir do Decreto- Lei n. 24.559 de 1934, bem como do alto custo financeiro para o Estado na manutenção dos contratos e convênios com o setor privado, ocorre a crise da Previdência Social na década de 1970. Inicia-se, pois, a jornada da luta pela Reforma Sanitária.

É importante notar que decorrente da mobilização social, o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado é uma conquista social e não deve ficar ao arbítrio das ações políticas de governos transitórios. Em outras palavras, afirmar a utopia na prestação e realização do Sistema Único de Saúde (SUS) é deixar de compreender a histórica conquista social de garantia da saúde na Carta Política de 1988. Sendo assim, descumpri-la é uma grave violação aos direitos sociais, duramente conquistados ao longo da história constitucional brasileira.

Dentro desse contexto, no final dos anos 1970, ocorreram as mobilizações dos trabalhadores em saúde mental em busca de melhores condições de trabalho, ao denunciar a ineficiência do modelo de assistência em saúde mental praticado no Brasil e o tratamento desumano e degradante dispensado às pessoas em sofrimento psíquico. É importante observar que o Brasil, nessa quadra histórica, estava vivendo um momento de transição, de abertura democrática e o debate sobre o estatuto jurídico da “loucura” assumiu relevância a partir da iniciativa legislativa (PL n. 3.657/89) do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG).

Diante das razões expostas no presente trabalho acadêmico, entendo que o Projeto de Lei Antimanicomial (PL n. 3.657/89), em sua proposta

original, já nasceu tímido, por ainda permitir a participação da iniciativa privada a partir dos hospitais psiquiátricos exclusivamente privados. Ao longo dos debates legislativos, as possíveis nuances herdadas da tradição basaglianas presentes no Projeto de Lei n. 3.657/89, foram se perdendo e desconstruindo a proposta de extinção do hospital psiquiátrico, seja de natureza pública ou privada.

De certo modo, a proposta legislativa do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) representou um avanço para o início das alterações da assistência psiquiátrica brasileira, a partir de uma política nacional de saúde mental. Todavia, tal proposição normativa não compreendeu a efervescência da arena social, sobretudo, da proposta mais radical e emancipadora: a extinção total dos manicômios e hospitais psiquiátricos, independentemente da natureza pública ou privada.

Inaugura-se, então, de modo inseguro a oportunidade de romper não apenas com o sistema de assistência psiquiátrica hospitalocêntrico, mas com o *locus* do paradigma psiquiátrico: uma unidade “especializada”. Dessa maneira, a composição da rede substitutiva em saúde mental ainda encontraria o hospital psiquiátrico como instância de tratamento.

Durante a tramitação do Projeto de Lei Antimanicomial (PL n. 3.567/89) na Câmara dos Deputados foi possível identificar que o objetivo das discussões legislativas preliminares estava centrado na discussão sobre a natureza distintiva entre hospital psiquiátrico especializado e manicômio, a fim de uma vez estabelecida a diferença entre o tratamento psiquiátrico humanizado e o degradante da arquitetura asilar, justificar a manutenção do hospital psiquiátrico, sobretudo da assistência privada.

Verificou-se, ainda nessa fase inicial, que a hipótese da extinção dos manicômios, limitava-se apenas aos hospitais psiquiátricos de natureza pública e os privados com convênio estatal, não compreendendo os hospitais psiquiátricos exclusivamente privados. Nesse sentido, é relevante destacar o crescimento expressivo da assistência psiquiátrica privada durante a ditadura militar.

Como decorre da interpretação da Lei n. 180 da Itália, observa-se que ela ainda conservou a previsão de convênio do Estado com a iniciativa privada na prestação de ações e serviços em psiquiatria, característica não verificada, num primeiro momento, no cenário legislativo brasileiro. Entretanto, o Projeto de Lei Antimanicomial (PL n. 3.657/89) não apresentou oposições frontais à participação do hospital psiquiátrico exclusivamente privado.

Nessa altura da discussão, um argumento contrário poderia ser suscitado no sentido da defesa da participação da iniciativa privada na rede da assistência psiquiátrica, inclusive com natureza suplementar à luz das garantias constitucionais. Todavia, se houvesse uma determinação expressa, desde o início dos debates legislativos, para a extinção dos manicômios/hospitais psiquiátricos especializados, não haveria que se discutir a (im)possibilidade da gestão privada no tratamento em saúde mental.

Assim, na Câmara dos Deputados buscou-se estabelecer no campo de disputa política o argumento pela manutenção do hospital psiquiátrico. Para isso, os atores sociais e institucionais contrários à proposta da sua extinção apresentaram críticas infundadas sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana.

Com o objetivo de afirmar o insucesso da reforma de Basaglia, os parlamentares utilizaram argumentos de autoridade retóricos, sem detalhamento das críticas, fazendo uso do discurso de modo falacioso e persuasivo, não apresentando, de fato, elementos sobre a experiência italiana e a sua importância emancipadora no avanço para o melhor tratamento da pessoa em sofrimento psíquico.

Dentre os temas discutidos pelos deputados federais, pode-se apontar o longo debate sobre a natureza da desospitalização v. desinstitucionalização das experiências psiquiátricas norte-americana e italiana, respectivamente. Nesse caminho, questões relacionadas à reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico, à internação psiquiátrica compulsória e ao “direito de sequestro” encontrariam lugar, ainda que tangencialmente, na promoção da cidadania.

Curioso observar que o tema da cidadania, na Câmara dos Deputados, surge relacionado à experiência das instâncias judiciais dos Estados Unidos na verificação do “sequestro” e não como promoção da garantia de exercício dos direitos individuais, sociais e políticos da pessoa em sofrimento psíquico.

Então, o acesso à cidadania do “louco”, nesse primeiro momento, estava vinculado ao procedimento de internação, com o diagnóstico psiquiátrico servindo de instrumento. Todavia, o deputado federal Paulo Delgado (PT/MG) reconheceu que o tema da “doença mental” perpassava o direito, a cultura, a filosofia e a liberdade.

Em momento posterior nos debates legislativos, observa-se que o deputado federal Harlan Gadelha (PMDB/PE) tratou sobre o “direito à cidadania” da pessoa em sofrimento psíquico, apenas realizando um breve apontamento discursivo. É importante destacar que no cenário brasileiro já estava ocorrendo amplo debate sobre a cidadania da pessoa em sofrimento psíquico e sua relação com o espaço democrático:

É necessário fecundar a ideia da democracia como invenção permanente e reconhecer que produzir novos vocabulários, novas práticas subjetivas é indispensável para a construção de uma sociedade mais tolerante. Uma sociedade em que a noção de cidadania implique não apenas no reconhecimento de direitos ou proteção da singularidade, mas um processo ativo de ampliação da capacidade de todos e de cada um agirem de modo livre e participativo, e, portanto, onde a loucura não implique impossibilidade¹.

Lamentavelmente, tal debate não perpassou as instâncias do Congresso Nacional. Como se nota, na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) foi possível identificar a primeira proposta parlamentar conservadora de autoria do deputado federal Lúcio Alcântara (PFL/PE) no sentido de não permitir a edição de uma possível lei federal reguladora da política nacional de saúde mental – já nascida frágil – com a finalidade de

¹. JUNIOR, Benilton Bezerra. **Cidadania e Loucura: um paradoxo?**. In: JUNIOR, Benilton Bezerra; AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992, p. 124.

extinção dos manicômios, ao permitir as exceções por “necessidades regionais”.

Ainda no sentido das críticas à Reforma Psiquiátrica Italiana, o deputado federal Carlos Mosconi (PSDB/MG) afirmou que o modelo de Basaglia não apresentava aspectos científicos, sendo uma proposta, essencialmente, de natureza ideológica e política, com se a proposta do parlamentar não estivesse engajada socialmente. Reforçou-se, nesse momento legislativo, o mito do conhecimento científico neutro despolitizado em sua aplicação no campo da psiquiatria.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) apresenta-se, nesse instante, como “representante legítima” para a composição dos rumos da política nacional em saúde mental, com objeções ao fim da assistência psiquiátrica do hospital psiquiátrico privado, seja conveniado, seja exclusivamente da rede particular. Observa-se uma clara oposição aos anseios do movimento social da Luta Antimanicomial.

Cumprе destacar que antes da remessa do Projeto de Lei Antimanicomial (PL n. 3.657/89) para o Senado Federal ocorreram 8 (oito) emendas, 7 (sete) de natureza modificativa e 1 (uma) de natureza aditiva, das quais derivaram 2 (dois) projetos de leis alternativos à PL n. 3.657/89.

Entendo que a emenda ativa n.8, decorrente da negociação política entre os deputados federais para o prosseguimento do processo legislativo, representou um entrave ao estabelecimento da rede substitutiva, “em nome do impedimento de um colapso no atendimento psiquiátrico”.

Já no Senado Federal, sob a designação de PLC n. 8, a proposta legislativa foi retomada pelo senador José Fogaça (PMDB/RS), à luz das discussões sobre o conceito de manicômio e hospital psiquiátrico. Novamente, um longo debate permaneceu em torno da despolitização existencial do hospital psiquiátrico, buscando “humanizá-lo”.

Em busca da salvação do sentido pejorativo dos hospitais psiquiátricos - construído ao longo da história através da reprodução intrínseca da lógica manicomial - desejou-se apresentar o hospital psiquiátrico como instituição e instância de referência do *locus* especializado. A tese defendida

era pela saída do sistema hospitalocêntrico e permanência do hospital psiquiátrico para o tratamento de casos agudos.

Em conformidade com essa perspectiva, o senador Lourival Baptista (PFL/SE) reforçou a importância para o tratamento de casos agudos em hospital psiquiátrico. Nota-se, que se desejava legislar pela exceção, ao apresentar como exemplo os casos agudos. Nessa ocasião, não se discutiu a possibilidade de tratamento em serviços ambulatoriais, tampouco nas enfermarias psiquiátricas em hospital geral.

O senador José Paulo Bisol (PSB/RS) foi o primeiro a apresentar, no cenário institucional, a relação da doença mental com a dignidade da pessoa humana, correlacionando com os temas da liberdade, justiça e cidadania, ressaltando a importância da dignidade exercida como humanidade convivida. Como exemplo de experiências psiquiátricas, citou o caso da desospitalização nos Estados Unidos, destacando os casos dos *homeless*. Elogiou o exemplo do Canadá e da Inglaterra, alegando que houve melhoria no tratamento, mas não houve redução da internação psiquiátrica.

Como diretriz norteadora do cenário internacional da assistência psiquiátrica, apresentou a Declaração de Caracas (1990) e o informe da ONU de 1991 para repensar as alterações legislativas, no sentido de justificar a manutenção dos hospitais psiquiátricos. José Paulo Bisol (PSB/RS) era defensor do hospital psiquiátrico, dessa forma, a sua concepção de dignidade da pessoa humana passava por essa percepção de cuidado hospitalar.

Outro ponto em destaque da discussão legislativa no Senado Federal consiste nos debates relacionados à Reforma Psiquiátrica Italiana, majoritariamente, contrários aos preceitos de Basaglia, como os suscitados por Lucídio Portella (PDS/PI, PPR/PI e PPB/PI), Beni Veras (PSDB/CE) e Gilvam Borges (PMDB/AP). É curioso observar que para justificar suas posições, utilizavam-se de argumentos retóricos e falaciosos, sem realizarem uma discussão dialética.

Nessa fase legislativa, inúmeros pareceres são realizados com propostas de projetos substitutivos. Observa-se, cada vez mais, o distanciamento da proposta realizada em 1989, e por negociação política, o projeto

substitutivo do senador Sebastião Rocha (PDT/AP) foi aprovado e levado novamente para a votação na Câmara dos Deputados.

Já na Câmara dos Deputados, na fase final para a sanção, ocorreram discussões que não alteraram a natureza da preservação do hospital psiquiátrico, prevendo-o como parte integrante da rede substitutiva. Pelo exposto, esta pesquisa pretende contribuir para repensar em que medida houve uma radicalização da Reforma Psiquiátrica brasileira (1989-2001) no sentido da preservação da autonomia da pessoa em sofrimento psíquico, em contraposição aos interesses econômicos, fundamentados, epistemologicamente, nas bases do saber médico-científico, em disputa política no Congresso Nacional.

Observo que, infelizmente, durante os debates legislativos, pouco se discutiu sobre a humanidade da pessoa em sofrimento psíquico, sobre sua cidadania, sobre a dignidade da pessoa humana, temas apontados sempre como pano de fundo para a defesa dos interesses econômicos do setor privado pela manutenção da assistência psiquiátrica hospitalar, seja exclusivamente por si ou com convênio público, diferentemente das discussões mobilizadas pelo movimento social da Luta Antimanicomial, por ocasião das Conferências Nacionais.

É necessário que se rediscuta os rumos da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216/01), a partir da sua trajetória legislativa e social, não no sentido inaugurado a partir do fim de 2017, com a Resolução n.32 do Comissão Intergestores Tripartite e portarias seguintes², mas de forma a avançar as ações de cuidado na emancipação da pessoa em sofrimento

². Aqui refiro-me precipuamente aos seguintes documentos editados pelo Ministério da Saúde e/ou tendo seu apoio institucional: Resolução CIT n. 32/2017, de 17 de dezembro de 2017; Portaria GM/MS n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017; Portaria Interministerial n.2, de 21 de dezembro de 2017; Portaria GM/MS n.2.663, de 11 de outubro de 2017; Portaria GM/MS n.1.315, de 11 de março de 2018; Resolução CONAD n.1, de 9 de março de 2018; Portaria SAS/MS 544, de 7 de maio de 2018; Portaria GM/MS n.2.434, de 15 de agosto de 2018; Resolução CIT n.35/2018, 25 de janeiro de 2018; Resolução CIT n. 36/2018, de 25 de janeiro de 2018 e a Lei n. 13.840, de 05 de junho de 2019. Somado a isso, diga-se que o então Presidente da República, Jair Messias Bolsonaro, sancionou o Decreto n. 9.926, de 19 de julho de 2019 que extinguiu a participação de diversos setores da sociedade civil e entidades profissionais do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Assim, deixam de ter assento representantes da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Conselho Federal de Serviço Social (CFSS), do Conselho Federal de Enfermagem (CFE), do Conselho Nacional de Educação (CNE), da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e da União Nacional de Estudantes (UNE).

psíquico e no seu tratamento em liberdade, na vida comunitária: a começar, por exemplo, pelo fim da internação psiquiátrica involuntária (art. 6º, II, da Lei 10.216/01), incompatível com a ideia de Estado Constitucional de Direito, inaugurado a partir do compromisso político de 1988³, bem como pelo fim da existência dos hospitais psiquiátricos e das Comunidades Terapêuticas, em uma substituição radical pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), por meio de nova lei federal, com menção expressa a essas extinções e ao fortalecimento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), dentre outras ações libertárias, inclusive com fortes críticas às internações psiquiátricas compulsórias.

³. Os anos que se seguiram a partir de 2001 e os debates sobre a consolidação dos direitos fundamentais das pessoas em sofrimento psíquico e os desafios à luta antimanicomial foram objeto de análise preliminar nos artigos de minha autoria e em coautoria como se segue: MARTINS, Laércio Melo. Às imagens a sombra do porvir: 30 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista Diorito*, v. 2, n. 1, 2018; CORREIA, Ludmila Cerqueira; MARTINS, Laércio; REQUIÃO, Maurício. À beira do abismo e ao encontro do absurdo: considerações sociojurídicas sobre a Nota Técnica n.11/2019 do Ministério da Saúde. *Revista Jurídica FURB*, v. 23, n. 50, 2019.

Anexos

Câmara dos deputados

PROJETO DE LEI N. 3.657 DE 1989

(Do Sr. Paulo Delgado)

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória¹.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º. Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2º. As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais e 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.

1§º As administrações regionais disporão do tempo de um (1) 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.

2§º 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.

3§º 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

¹. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 115** de 13 de setembro de 1989, p. 9.275, foi apresentado o Projeto de Lei n. 3.657/89 e no **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127** de 29 de setembro de 1989, p. 10.696 – 10.697 foi feita a leitura e publicação da matéria.

sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalidade.

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

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

2§º 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.

3§º A Defensoria Pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro 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 n. 24.559, de julho de 1934.

ANEXO II

PROJETO DE LEI N. 3.657- A DE 1989

(Do Sr. Paulo Delgado)

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Tendo pareceres: da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com

emenda; e, da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação, com emenda².

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais e secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais 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 um (1) 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 manicomiais 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 finalidade.

². *Diário do Congresso Nacional - Câmara dos Deputados - Ano XLV - n. 76* de 27 de junho de 1990, p. 7.877. Como se nota, não houve alteração expressa no texto do Projeto de Lei original, todavia a justificação do Projeto de Lei n. 3.657 -A foi alterada em relação ao primeiro.

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

1§º 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.

2§º 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.

3§º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro 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 n. 24.559, de julho de 1934.

ANEXO III

PROJETO DE LEI N. 3.657-B DE 1989

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória³.

O Congresso Nacional decreta:

³. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172** de 15 de dezembro de 1990, p. 14.474 - 14.479. Como se observa, houve o acréscimo dos §§1º e 2º no art. 1º do Projeto de Lei n. 3.657- A. Assim, sob a denominação de Projeto de Lei n. 3.657- B, ele foi despachado da Câmara dos Deputados para o Senado Federal, ocasião em que recebeu a denominação Projeto de Lei da Câmara n. 8 de 1991.

Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

§ 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.

2 §º É da 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.

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

Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (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.

2 §º 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.

3 §º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934.

SENADO FEDERAL

ANEXO IV

PROJETO DE LEI DA CÂMARA N. 8/91

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória⁴.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

⁴. A apresentação do Projeto de Lei n. 8 da Câmara foi publicada no **Diário do Congresso Nacional – Senado Federal - Ano XLVI- n. 6** de 19 de fevereiro de 1991, p. 207 - 211. Desta vez, houve menção expressa do texto do Decreto - Lei n. 24.559 de 1934.

§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.

2 §º 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.

2 §º É da 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.

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

Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (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.

2 §º 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.

3 §º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934.

ANEXO V

PROPOSTA SUBSTITUTIVA AO PROJETO DE LEI N.8 DE 1991 - SENADOR JOSÉ PAULO 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 alternativos⁵.

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 art. 5º, 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 internado

⁵. Apresentação de Emenda do Senador José Paulo Bisol (PSB/RS). **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991**. Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, fls. 44 -55.

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 o distúrbio mental, seus sintomas, caracteres e efeitos, definindo e demonstrando a necessidade do procedimento de conformidade com o disposto no art.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.4º 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 afeiçoará, 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 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 art.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:

Quando cessar o surto ou a doença ceder ao tratamento, sobrevindo recuperação suficiente para determinar a imediata reintegração do paciente na coexistência social.

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

Quando, nas hipóteses do inciso II do mesmo artigo os sintomas ou efeitos comportamentais de 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.

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.

Paragrafo único – Realizada a desinternação, a direção do estabelecimento, em 24 horas, encaminhará o documento ou cópia autêntica ou autenticada dele, ao representante local do Ministério Público que poderá agir de acordo com o art.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 providencias cabíveis nas hipóteses de abandono, isolamento ou marginalização do doente mental.

Art.11 Dentro do prazo de 90 dias, a contar da promulgação desta lei, os estabelecimentos que mantem 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 involuntária ou não.

1º Se no prazo deste artigo ocorrer desinternação, a documentação poderá circunscrever-se ao que 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 e 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 consistira na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de atenção ao doente mental por uma rede integrada de serviços assistenciais diversificados, tais como ambulatórios, unidades de emergencia 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 criação de novos leitos nos existentes

Paragrafo único – Está 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 art.4º desta lei.

1§º 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.

2§º 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 e aos parâmetros que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde darão a conhecer, no prazo de 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 e 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.

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 1 ano, a contar da promulgação desta lei, para apresentar aos Conselhos de Saúde e as 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 n. 24.559 de 3 de julho de 1934.

**PROPOSTA SUBSTITUTIVA AO PROJETO DE LEI Nº 3.657- A –
SENADOR LUCÍDIO PORTELLA (PDS/PI)**

Dispõe sobre os estabelecimentos de tratamento de doenças mentais, os direitos do doente mental e dá outras providências⁶

O Congresso Nacional decreta:

Art.1º A assistência psiquiátrica é de responsabilidade do Estado, da sociedade e da família e será prestada nos estabelecimentos seguintes:

Ambulatórios psiquiátricos;

Pronto-socorro psiquiátrico

Emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral;

Leitos psiquiátricos em hospital geral

Hospital psiquiátrico

Hospital-dia

Hospital-noite

Centro de convivência

Ambulatório de egressos

Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico

§1º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I – ambulatório psiquiátrico, o serviço destinado a consultas e tratamentos psiquiátricos e parapsiquiátricos e à dispensação de medicamentos;

II- pronto-socorro psiquiátrico, o serviço de funcionamento contínuo, capacitado para o atendimento às emergências em psiquiatria

III- emergência psiquiátrica do pronto-socorro geral, o serviço integrado por médicos especializados no atendimento de emergências psiquiátricas, dentro do pronto-socorro geral;

IV- leitos psiquiátricos em hospital geral, o serviço destinado a internações de pequena permanência e assistência clínica e cirúrgicas aos pacientes psiquiátricos;

⁶ Voto em separado do Senador Lucídio Portella (PDS/PI) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 1 -5.

V- hospital psiquiátrico, o serviço destinado à assistência integral ao paciente psiquiátrico, funcionando em regime de hospitalização

VI- Hospital-dia, o serviço assistencial de semi-hospitalização, no qual o paciente, durante certo período do dia, recebe os cuidados terapêuticos de que necessita

VII- hospital-noite, o serviço assistencial de semi-hospitalização reservado aos pacientes aptos ao exercício de suas atividades profissionais.

VIII- centro de convivência, o espaço que dispõe de ambientes para a convivência e recreação de paciente incapacitados, temporária ou definitivamente, para o trabalho, mas já reintegrados à família.

IX- ambulatório de egressos, o ambulatório psiquiátrico destinado exclusivamente ao seguimento terapêutico de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos.

X-hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, a unidade hospitalar sob gestão compartilhada, das Secretarias de Justiça e de Saúde do Estado, adequada à observação, custódia e tratamento psiquiátrico de doentes mentais que cometeram delitos, ou de presidiários que passaram a sofrer doença mental no decorrer do cumprimento da pena, de conformidade com os arts. 99 e 101 da Lei n. 7.209, de 11 de julho de 1984.

§ 2º O tratamento em regime de internção deve ser obrigatoriamente estruturado, física e operacionalmente, de forma a oferecer assistência integral ao doente mental incluído recursos médicos, psicológicos, ocupacionais e de ressocialização e completa reinserção familiar.

Art.2º É dever dos estabelecimentos mencionados no artigo anterior assegurar ao doente mental:

- a) Tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação
- b) Proteção contra qualquer forma de exploração
- c) Espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis para sua recuperação.
- d) Assistência clínica e cirúrgica, em area separada do hospital geral

e) Acesso aos meios de comunicação disponíveis, para proteger-se contra quaisquer abusos, salvo recomendação do médico assistente, devidamente justificada.

Art.3º A hospitalização psiquiátrica é voluntária ou involuntária

1§º A hospitalização involuntária será comunicada, ao Ministério Público, pelo médico que a realizar e acompanhada de relatório, no prazo de 3 dias

2§º A hospitalização involuntária poderá ser objeto de ação judicial fundamentada na sua desnecessidade médica ou em qualquer vício de direito ou de técnica médica.

3§º A ação a que se refere o parágrafo anterior é privativa do Ministério Público, que a ajuizará de ofício ou em decorrência de representação de parentes do doente mental até o segundo grau inclusive

4§º Na ação será aplicado o procedimento previsto nos arts. 275 a 281 do Código de Processo Civil.

Art.4º O médico assistente é obrigado a dar aos responsáveis pelo paciente hospitalizado, ampla justificação da terapêutica empregada e de suas alterações, se houver.

Art.5º O poder Executivo, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da publicação da presente Lei, definirá a política nacional de saúde mental e estabelecerá diretrizes e normas para a assistência psiquiátrica.

Art.6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação

Art.7º Revogam-se as disposições em contrário

ANEXO VII

EMENDAS PROPOSTAS PELO SENADOR BENI VERAS (PSDB/CE)⁷

EMENDA N.1

Dê-se a seguinte redação aos parágrafos 2º e 3º do artigo 2º:

2§º :É da competência das Secretarias Estaduais e Municipais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde no nível federal.

3§º :As Secretarias Estaduais e Municipais constituirão ,no prazo de um (01) ano, em seu âmbito, Conselho de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a Ordem dos Advogados, os prestadores de serviços privados, 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.

EMENDA N. 2

Inclua-se no artigo 2º:

4§º A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um décimo (1/10) do total de leitos existentes no estado, ao ano.

EMENDA N. 3

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

Art.3º. A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, à autoridade judiciária local, e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

7. Voto em separado do Senador Beni Veras (PSDB/CE) na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) sobre o PLC n. 008/91, Congresso Nacional, Senado Federal, 1991, p. 8-9.

1º Defini-se como internação involuntária aquela realizada sem o expresso consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

2º Compete à autoridade judiciária ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 48 horas, sobre a legalidade da internação.

3º A autoridade judiciária procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

ANEXO VIII

EMENDAS PROPOSTAS PELO SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA (PSDB/CE)⁸

Em razão do exposto, somos de parecer FAVORÁVEL à aprovação do Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991, com as seguintes emendas, e pelo pedido de audiência à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania:

EMENDA N. 1- CAS

Dê-se a seguinte redação à ementa:

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

EMENDA N.2 – CAS

Dê-se a seguinte redação ao artigo 2º:

Art.2º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário para a instalação e funcionamento de serviços não-manicomiais de atendimento,

⁸ Voto em separado, vencido, do Senador Lúcio Alcântara (PSDB/CE) ao Projeto de Lei da Câmara n.08 de 1991 na Comissão de Assuntos Sociais, p.11-13.

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 a responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária municipal, e permanecerão, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontrem internados.

EMENDAS N.3 –CAS

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

Art.3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 48 horas, ao Ministério Público.

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

2§º 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 72 horas, contado da comunicação da internação, sobre a legalidade da internação.

3§º O Ministério Público procederá avaliação periódica nos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro e zelar pelos direitos do cidadão internado.

EMENDA N.4 – CAS

Acrescentem-se os seguintes artigos 4º e 5º, remunerando-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 art.20 a 26 da Lei n. 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.

EMENDA Nº4 – CAS – PROPOSTA SUBSTITUTIVA AO PROJETO DE LEI N.8/91 DO SENADOR LUCÍDIO PORTELLA (PPR/PI).

Dispõe sobre a 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 providências⁹.

(Senador Lucídio Portella)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os direitos e proteção das pessoas acometidas de distúrbios mentais, 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 certificada 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 as 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.

⁹ Parecer n. 896 de 1995 da Comissão de Assuntos Sociais sobre o Projeto de Lei da Câmara n. 08 de 1991. Relator: Senador Lucídio Portella (PPR/PI), p.10-14.

- 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 autorizado por médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado, onde 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 7 (sete) dias e sua prolongação somente se dará mediante aprovação da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária.

1§º 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

2§º O Ministério Público, **ex officio**, atendendo denúncia, ou por solicitação de familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação da hospitalização involuntária.

3§º O término da hospitalização involuntária 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, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

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, 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 uma política nacional de Saúde Mental, de acordo com esta lei.

Art. 13 Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 14 Revogam-se as disposições em contrário.

Face ao exposto, concito os nobres pares ao apoio desta emenda, que visa sobretudo resguardar os direitos civis e fundamentais do portador de transtorno mental, ao tempo que lhe assegura, em qualquer circunstância, o melhor tratamento que a ciência psiquiátrica possa dispor. Da mesma forma, cria diretrizes à assistência psiquiátrica e estabelece condições para a implantação de uma política de saúde mental para o país.

ANEXO X

EMENDAS DE PLENÁRIO DO SENADO FEDERAL¹⁰

EMENDA N.1 –PLEN/96

Dê-se a seguinte redação à ementa:

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

EMENDA N.2 – PLEN/96

Inclua-se no artigo 2º:

4º A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um décimo (1/10) do total de leitos existentes no estado, ao ano.

EMENDA N.3 – PLEN/96

Dê-se a seguinte redação ao artigo 2º:

¹⁰. Diário do Senado Federal. Ano LI- n.031, 24 de fevereiro de 1996, p. 2.141 – 2.142.

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.

1§º 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.

2§º O Poder Público, no âmbito federal, estadual e municipal, coordenará o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação.

3§º 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.

4§º 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.

5§º 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 a responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária municipal, e permanecerão, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontrem internados.

EMENDA N.4 -PLEN/96

Dê-se a seguinte redação aos §§2º e 3º do artigo 2º:

§ 2º É da competência das Secretarias Estaduais e Municipais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde no nível Federal

§ 3º As secretarias Estaduais e Municipais constituirão, no prazo de um ano, em seu âmbito, conselho de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o Poder Público, a Ordem dos Advogados, os prestadores de serviços privados, 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.

EMENDA N.5- PLEN/96

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

Art. 3º A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 48 horas, à Autoridade Judiciária local, e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento

§ 1º Define-se como internação involuntária aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º Compete à Autoridade Judiciária ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 48 horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3º A autoridade judiciária procederá auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, como o objetivo de identificar os casos de sequestros ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

EMENDA N.6 - PLEN/96

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 48 horas, ao Ministério Público.

§ 1º Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso 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 72 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 sequestro e zelar pelos direitos do cidadão internado.

EMENDA N.7-PLEN/96

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 art.20 a 26 da Lei n. 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.

ANEXO XI

PROPOSTA SUBSTITUTIVA DO SENADOR LUCÍDIO PORTELLA (PPB/PI)

Dispõe sobre a 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 providências¹¹.
(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 certificada dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental:

- j) Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo as suas necessidades;
- k) 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;
- l) Ser protegida contra qualquer forma de abuso ou exploração
- m) Ter garantia de sigilo nas informações prestadas
- n) Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária.
- o) Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis
- p) Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- q) Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

¹¹. Parecer n. S/N, de 1996. Relator: Senador Lucídio Portella (PPB/PI), p. 18 - 23.

r) 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

- l) Ambulatório psiquiátrico
- m) Pronto-socorro psiquiátrico
- n) Emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral
- o) Enfermaria psiquiátrica no hospital geral
- p) Hospital psiquiátrico
- q) Hospital-dia
- r) Hospital-noite
- s) Centro de convivência
- t) Pensão protegida
- u) Hospital Judiciário de custódia e tratamento mental
- v) 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.

§ 4º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário à instalação e funcionamento dos estabelecimentos de saúde mental de atendimento na comunidade, tais como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, hospital psiquiátrico, centros de atenção ou ambulatorios psiquiátricos, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva substituição dos estabelecimentos de característica eminentemente asilar, sem objetivos terapêuticos.

§ 5º Os pacientes há longo tempo hospitalizados e para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou da ausência de **suporte social** (grifo original), serão objeto de **política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob a supervisão da autoridade** (grifo original) sanitária competente e a responsabilidade do representante local do Ministério Público, respeitado o necessário parecer da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária do estabelecimento onde se encontrem internados e em observância às seguintes condições:

- a) que a saída do paciente do hospital não lhe acarrete interrupção de tratamento, não venha a agravar sua doença, nem contribuir para seu abandono material, social e afetivo;
- b) que a saída do paciente não venha a servir, direta ou indiretamente, à exploração de terceiros;
- c) que seja obedecida a legislação vigente, relacionada à regência de sua pessoa e bens, em cada caso.

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:

- d) Hospitalização voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário
- e) Hospitalização involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de um terceiro
- f) 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 localize o hospital, em obediência às seguintes condições:

- d) Se o estado mental do doente constituir risco iminente para si ou para outrem
- e) Se a não-internação levar ao agravamento do transtorno ou impedir o paciente de receber o tratamento adequado
- f) Se houver autorização expressa de familiar maior ou de representante legal do paciente.

Art. 8º A hospitalização involuntária terá a validade de 7 (sete) 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 familiar ou do 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 involuntária 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, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

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, 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 uma política nacional de Saúde Mental, de acordo com esta lei.

Art. 13 Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 14 Revogam-se as disposições em contrário.

ANEXO XII

PROPOSTA SUBSTITUTIVA DO SENADOR SEBASTIÃO ROCHA (PDT/AP) ¹²

¹². Parecer n. 688 de 1998 da Comissão de Assuntos Sociais sobre as emendas de Plenário oferecidas ao Projeto de Lei da Câmara n.8 de 1991. Relator: Sebastião Rocha (PDT/AP), p. 28 - 33.

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, cientificada dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único – São direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquico:

a) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo as suas necessidades;

b) ser tratada como 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 Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 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 encontra 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 multiprofissional

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 denuncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar

equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente devera fazer parte um profissional médico, preferencialmente, psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

2§º 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.

ANEXO XIII

EMENDAS DE PLENÁRIO DO SENADO FEDERAL¹³

EMENDA N.1 – PLEN – 15 DEZ 98

¹³. Diário do Senado Federal, Ano LIII – n.168, de 16 de dezembro de 1998, p. 18.950 – 18.952.

Dê-se ao *caput* do art.1º do substitutivo ao PLC n.8/91 a seguinte redação:

Art.1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno ou qualquer outra.

Na justificação, o senador José Eduardo Dutra (PT/SE) afirmou que o objetivo da nova redação era zelar por uma maior clareza e correção de texto, por no entendimento dele ficaria, no mínimo pouco elegante, indicar termos do art.2º, ao ser redigido o art.1º.

EMENDA N.2 – PLEN – 15 dez 1998

Dê-se ao *caput* do artigo 2º do substitutivo ao PLC n.8/91, a seguinte redação:

Art.2º Nos entendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão, formalmente, cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Na justificação, o senador José Eduardo Dutra (PT/SE) afirmou que acrescentar a presença de familiares ou responsáveis é da maior importância no ato de ter ciência dos direitos mencionados no artigo.

EMENDA N.3 – PLEN - 15 DEZ 1998

Suprimir do *caput* do artigo 3º do substitutivo ao PLC a expressão “qualquer”, ficando com a seguinte redação:

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 instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde ao portadores de transtornos psíquicos.

Na justificativa, José Eduardo Dutra (PT/SE) afirmou que a supressão teria o objetivo de garantir que estivessem bem definidas as instituições ou unidades que oferecessem assistência. A expressão “qualquer” pode vir a alimentar vícios de indefinições, abrindo espaço para que instituições não qualificadas assumam essa função.

EMENDA N.4 – PLEN- 15 DEZ 1998

(Ao substitutivo ao PLC N8 /91 – Turno suplementar)

Dê-se ao artigo 3º, a seguinte redação:

Art.3º - É de 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 entendido como qualquer instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

1§º 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) hospita-noite ou pensão protegida
- h) centros de convivência
- i) hospital judiciário de custódia e tratamento mental
- j) outros estabelecimentos que venham a ser desenvolvidos e regulamentados pelo Poder Público

A senadora Emilia Fernandes (PDT/RS), ao justificar sua proposta, afirmou que era fundamental a especificação em lei do tipo de serviço que seria prestado aos portadores de transtornos psíquicos no âmbito do SUS, quanto de outros sistemas. Assim, o Estado também teria clara as instâncias de responsabilidade no desenvolvimento de uma política de saúde

mental, com assistência, de forma objetiva, aos portadores de transtornos psíquicos, e na promoção de ações de saúde, do ponto de vista educativo e preventivo. Segundo a senadora, sem claras definições, dependendo da orientação dada a política, o sistema poderia estar sujeito a interpretação minimalista do papel do Estado, com redução das ações e da assistência aos portadores de transtornos psíquicos.

EMENDA N.5 – PLEN- 15 DEZ 1998

(Ao substitutivo ao PLC N8 /91 – Turno suplementar)

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 ou esteja em fase de implementação nova estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Emilia Fernandes (PDT/RS) na justificativa afirmou que o objetivo era contribuir para precisar melhor a relação direta entre a definição de investimento por parte do Poder Público na nova rede de serviços e a política de mudança de perfil do atual sistema, se afetar a oferta atual de serviços aos portadores de transtorno mental.

EMENDA N.6 – PLEN- 15 DEZ 1998

Acrescente-se no *caput* do artigo 4º do substitutivo ao PLC n.8/91, a expressão “substitutiva”, após a frase “... onde não exista estrutura assistencial...” José Eduardo Dutra (PT/SE) justificou afirmando que explicita um determinado tipo de estrutura. Esta clareza é fundamental na definição da construção ou manutenção das estruturas.

EMENDA N.7 – PLEN- 15 DEZ 1998

Acrescente-se um parágrafo único ao artigo 4º do substitutivo ao PLC n.8/9, com a seguinte redação:

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 do Ministério da Saúde, a ser expedida no prazo de 60 (sessenta) dias após a promulgação desta lei.

Na justificativa, José Eduardo Dutra, afirmou que esse parágrafo definia a instância competente e o procedimento apropriado para garantir a implementação de um processo público e eficiente de avaliação.

EMENDA N.8 – PLEN- 15 DEZ 1998

Suprima-se do §4º do artigo 5º do substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.8/91 a seguinte expressão: “... 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: e seus parágrafos I, II, III, IV e V”.

Na justificação José Eduardo Dutra, afirmou que a supressão dessas expressões no §4º do artigo 5º procuram delinear melhor os procedimentos referentes à alta dos pacientes, no caso da intervenção do Ministério Público.

EMENDA N.9 – PLEN- 15 DEZ 1998

Dê-se ao artigo 5º do substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.08/91 a seguinte redação:

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 Fica vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares;

3º 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.

Na justificativa, José Eduardo Dutra (PT/SE) disse que estava encaminhando essa nova redação para o art.5º na certeza de que era a melhor redação para nortear a definição de diretrizes e normas reguladoras dos procedimentos referentes tanto internação como à alta dos pacientes, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes

EMENDA N.10 – PLEN- 15 DEZ 1998

Substitua-se no artigo 9º do substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.08/91 a expressão “a procedeu”, para o determinou.

Na justificativa, Jose Eduardo Dutra afirmou que a substituição da referida expressão com o objetivo de garantir maior efetividade na decisão do médico autor do fato.

CÂMARA DOS DEPUTADOS

ANEXO XIV – PROJETO DE LEI N. 3.657/89 – C (LEI N. 10.216/2001)

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental¹⁴.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

¹⁴.Diário do Senado Federal, Ata da 29ª Sessão Deliberativa Ordinária, 6 de abril de 2001, p. 5-441

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 psíquico:

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 psíquicos, 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 psíquicos.

Art.4 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 Sistema Único de Saúde – 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 à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos psíquicos 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. 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:

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. 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 Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10 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.

1º O Ministério Público, ex-officio, atendendo denúncia, ou por solicitação de familiar, ou responsável 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 vinte e quatro 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 atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 15. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Referências

ABREU, Célia Abreu. **Curatela & Interdição Civil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

_____. **Primeiras Linhas sobre a Interdição após o Novo Código Civil**. Curitiba: Editora CRV, 2015.

ALMEIDA, Victor. **A capacidade civil das pessoas com deficiência e os perfis da curatela**. Belo Horizonte: Fórum, 2019.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

_____. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)**. 129f. Dissertação. (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 1982.

AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

AGUIAR, Marcela Peralva. **Aprimorando a “raça brasileira”: uma análise dos discursos da psiquiatria no início do século XX no Brasil**. 167f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2009.

BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Victor (Coord). **Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência à luz da Constituição da República**. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil**. São Paulo: Editora Debates, 1982.

BOARINI, Maria Lúcia. **Higienismo, eugenia e a naturalização do social**. In: BOARINI, Maria Lúcia (Org). **Higiene e raça como projeto: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2003.

BRASIL, Marco Antônio Alves. **A Ética do sofrimento humano**. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; FILHO, João Ferreira da Silva (Org). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro, Topbooks, 1996.

BARRETO, Jubel. **O umbigo da Reforma Psiquiátrica. Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**. Juiz de Fora: Ed. da UFJF, 2005.

BERLINGUER, Giovanni. **Psiquiatria e Poder**. Trad. Otho Faria. Belo Horizonte - Minas Gerais: Editora Interlivros, 1976.

BRASIL. Decreto. n. 1.077, de 4 de dezembro de 1852. **Approva e manda executar os Estatutos do Hospicio de Pedro Segundo**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. **Approva as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e crê a assistencia medica e legal de alienados**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 508, de 21 de junho de 1890. **Approva o regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890. **Crêa no Hospicio Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 896, de 29 de junho de 1892. **Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistencia Medico-Legal de Alienados**.

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-896-29-junho-1892-500660-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 1.559, de 7 de outubro de 1893. **Reorganisa o serviço da Assistencia Medico-Legal de Alienados.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1559-7-outubro-1893-502694-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 2.467, de 19 de fevereiro de 1897. **Dá novo regulamento para a Assistencia Medico-legal a Alienados.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2467-19-fevereiro-1897-539723-publicacaooriginal-39186-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 3.244, de 29 de março de 1899. **Reorganisa a Assistencia a Alienados.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-3244-29-marco-1899-509642-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistencia a Alienados.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911. **Reorganiza a Assistencia a Alienados.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8834-11-julho-1911-507693-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 14.831, de 25 de maio de 1921. **Approva o Regulamento do Manicomio Judiciario.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto n. 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.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Decreto-Lei n. 7.055, 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.

Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7055-18-novembro-1944-453631-norma-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

_____. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 115,**
de 13 de setembro de 1989.

_____. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127,**
de 29 de setembro de 1989.

_____. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 164,**
de 25 de novembro de 1989.

_____. **Diário do Congresso Nacional – Ano XLV – n. 51,** de 22 de maio de 1990.

_____. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 30,**
de 20 de abril de 1990.

_____. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 79**

_____. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 76,**
de 27 de junho de 1990.

_____. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 169,**
de 12 de dezembro de 1990.

_____. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLV – n. 172,**
de 15 de dezembro de 1990.

_____. **Diário do Congresso Nacional – Senado Federal - Ano XLVI- n.6,** de 19 de
fevereiro de 1991.

_____. **Projeto de Lei da Câmara n. 008 de 1991,** Congresso Nacional, Senado Federal,
1991.

_____. **Diário do Senado Federal. Ano L – n.049,** 13 de Dezembro de 1995.

_____. **Diário do Senado Federal, Ano LI – n.031,** 24 de fevereiro de 1996.

- _____. **Diário do Senado Federal, Ano LI – n.032**, 27 de fevereiro de 1996.
- _____. **Diário do Senado Federal. Ano LII, n.011**, 22 de janeiro de 1997.
- _____. **Diário do Senado Federal. Ano LII, n.046**, 21 de março de 1997.
- _____. **Diário do Senado Federal. Ano LII, n.052**, 02 de abril de 1997.
- _____. **Diário do Senado Federal. Ano LIII, n.158**, 2 de dezembro de 1998.
- _____. **Diário do Senado Federal. Ano LIII, n. 159**, 3 de dezembro de 1998.
- _____. **Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano LIV – n. 68**, de 20 de abril de 1999.
- _____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 26 de julho de 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm Acesso em: 01 fev 2017.
- _____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm Acesso em: 01 fev 2017.
- _____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm Acesso em: 01 fev 2017.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 24 de janeiro de 1967. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm Acesso em: 01 fev 2017.
- _____. **Emenda Constitucional n. 1**, de 17 de outubro de 1969. Edita o novo texto da Constituição Federal de 24 de janeiro de 1967. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm Acesso em: 01 fev 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Lei n. 8.080, de 18 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acesso em: 01 fev 2017.

_____. Lei n. 10.216, de 06 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**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 01 fev 2017.

CABRAL, Jacqueline. **Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.santacasari.org.br> Acesso em: 01 fev 2017.

CARVALHO, Andréa da Luz. **Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida: as tensões entre reformistas e biólogos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica. A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CERQUEIRA, Marcello. **A Cartas Constitucionais. Império, República e Autoritarismo (Ensaio, Crítica e Documentação)**. Rio de Janeiro: Renovar, 1997.

_____. **A Constituição na História. Origem e Reforma**. Rio de Janeiro: Renovar, 1993.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Por uma pedagogia da loucura: experiência de assessoria jurídica popular universitária no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.** 383f. Tese (Doutorado em Direito). Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade de Brasília (UnB). Brasília – DF, 2018.

CAETANO, Haroldo. **Loucura e Direito Penal. Pistas para a extinção dos manicômios judiciários.** 216f. Tese. (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Niterói- RJ, 2018.

DE CARVALHO, Emílio Nolasco. **A Reforma, as formas e outras formas: um estudo sobre as construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental.** 197f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2001.

DE CARVALHO, Salo. **Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal brasileiro.** São Paulo: Editora Saraiva, 2015.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões da tutela. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1992.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Pessoas e bens: sobre a cidadania dos curatelados.** In: JUNIOR, Benilton Bezerra; AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica.** In: VENÂNCIO, Ana Teresa A; CAVALCANTI, Maria Tavares (Org). **Saúde Mental. Campo, Saberes e Discursos.** Rio de Janeiro: Editora EPUB, 2001.

DA SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** São Paulo: Editores Malheiros, 2005.

DO AMARAL, Arlete Maria Moreira. **Reforma psiquiátrica e construção de práticas emancipadoras em saúde mental: desafios para enfermagem.** 267f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 1999.

DA SILVEIRA, Nise. **O mundo das Imagens**. São Paulo: Editora Ática, 1992.

_____. **Imagens do inconsciente**. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2015.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

DIWAN, Pietra. **Raça Pura. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2015.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

FERREIRA, Luiz Otávio; MAIO, Marcos Chor; AZEVEDO, Nara. **A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa**. Revista de História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Nov/97 – Fev/98.

FÉ, Ivan de Moura. **A saúde mental no Brasil e o projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado**. In: DE MORAES, Talvane (Org). *Ética e Psiquiatria Forense*. Editora IPUB, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FERNANDES, Barahona; DOS SANTOS, Alambre; NEVES, Baeta; FURTADO, Diogo; CORTESÃO, Eduardo; AMORIM, Estella; ILHARCO, Fernando; SALES, Gabriela; DOS SANTOS, João; GUERRA, Miller; SOEIRO, Navarro; DA COSTA, Nunes; SILVA, Pompeu; DINIZ, Seabra; FONTES, Vitor. **Problemas de Saúde Mental**. In: FERNANDES, Barahona (Org.) **Problemas de Saúde Mental**. A Saúde e a Doença Mental. Higiene Mental Infantil na Escola e na Universidade. Factores endógenos. Profilaxia da Sífilis e Alcoolismo. Serviço Social. Enfermagem. Lisboa: Editora da Liga Portuguesa de Higiene Mental, 1960.

GOULART, Maria Stella Brandão. **De profissionais a militantes: a Luta Antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70**. 2004. 289f. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) – Programa de Pós-graduação em Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

JUNIOR, Benilton Bezerra. **Cidadania e Loucura: um paradoxo?**. In: JUNIOR, Benilton Bezerra; AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992 [4]

INFANTE, Raffaele. **Ecologia da Saúde Mental. Uma nova perspectiva interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1989.

LUZ, Nadia. **Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil: Espiritismo e Saúde Mental.** São Paulo: Editora UNIFRAN, 2006.

LOUGON, Maurício. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

LOPES, Cunha. **Aspectos da Higiene Mental no Brasil.** In: Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Rio de Janeiro: Jan/Abr, 1940.

LEAL, Erotildes Maria. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos.** 198f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 1994.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da Norma. Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional.** 4. Ed. Rev. São Paulo: Saraiva, 2009.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FONSECA, Angélica Ferreira; BORGES, Camila Furlanetti. **O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil.** In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M.C.A; DA SILVA, P.R.F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

MARTINS, Guilherme Magalhães. HOUAISS, Livia Pitelli (Coord). **Estatuto da Pessoa com Deficiência: Comentários à Lei n. 13.146/15.** São Paulo: Editora Foco, 2019.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. **Direito das Pessoas com Deficiência Psíquica e Intelectual nas Relações Privadas.** Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e Lei Brasileira de Inclusão. Rio de Janeiro: Editora Processo, 2016.

OLIVEIRA, Jaime A. de; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Rio de Janeiro, Petrópolis: Editora Vozes em

coedição com Associação Brasileira Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Mai/Ago, 2004.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: o processo de formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)**. 2004. 216f. Tese (Doutorado em Ciências na área da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

PASSOS, Rachel Gouveia; DE OLIVEIRA, Melissa. **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação**. In: BOARINI, Maria Lúcia (Org). **Higiene e raça como projeto: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2003.

REQUIÃO, Maurício. **Estatuto da Pessoa com Deficiência, Incapacidades e Interdição**. Editora Tirant Brasil, 2018.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1996.

RIBEIRO, C.T.M; RIBEIRO, M.G; ARAÚJO, A.P; MELLO, L.R; RUBIM, L.C; FERREIRA, J.E.S. **O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil**. Revista Panamericana de Saúde Pública, 2010.

ROCHA, Juan S. Yazlle. **Sistema Único de Saúde: Avaliação e perspectivas**. Revista Saúde e Sociedade – São Paulo, v.3, n.1, 1994.

SOPHIA, Daniela Carvalho. **Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate**. Revista Saúde em Debate, Out/Dez, 2012.

SGARBI, Adrian. **Introdução à Teoria do Direito**. (Coleção Filosofia e Direito). São Paulo: Marcial Pons, 2013.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingo Sávio. **A Organização da Política de Saúde Mental**. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M.C.A.; DA SILVA, P. R. F (Org) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental. Contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma Psiquiátrica Brasileira. Perspectivas humanistas e existenciais**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

UCHÔA, Darcy de Mendonça. **Organização da Psiquiatria no Brasil**. São Paulo: SAVIER, 1981.

UHR, Deborah. **Atenção Psicossocial, Clínica Ampliada e Território: A reforma psiquiátrica e os novos serviços de saúde mental**. 167f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2001.

VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. **Da colônia ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. Revista História, Ciências e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, Dez/11.

VENÂNCIO, Ana Teresa A.; POTENGY, Gisélia Franco (Org). **O asilo e a cidade. Histórias da Colônia Juliano Moreira**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não**. Belo Horizonte: Sociedade Editora e Gráfica de Ação Comunitária, 1992.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

YAHN, Mario. **Higiene Mental e Saúde Pública**. São Paulo: Gráfica e Editora, 1955.

KEUSEN, Alexandre Lins. **Colônia Juliano Moreira: Reflexões sobre a trajetória de uma Instituição Psiquiátrica**. 258f. Tese (Doutorado em Medicina). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

_____. **Saúde Mental e Antipsiquiatria em Santos**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.1, n.1, 2009.

ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos. Cultura e Processos de subjetivação**. Curitiba –PR: Editora APPRIS, 2018.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica. Silencios e Invisibilidades nos Manicômios Judiciários brasileiros**. São Paulo: Editora Empório do Direito, 2017.

A Editora Fi é especializada na editoração, publicação e divulgação de pesquisa acadêmica/científica das humanidades, sob acesso aberto, produzida em parceria das mais diversas instituições de ensino superior no Brasil. Conheça nosso catálogo e siga as páginas oficiais nas principais redes sociais para acompanhar novos lançamentos e eventos.



www.editorafi.org
contato@editorafi.org