

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**FACULDADE DE DIREITO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO**  
**CONSTITUCIONAL – MESTRADO**

**LAÉRCIO MELO MARTINS**

**A CONSTRUÇÃO DAS PERSPECTIVAS DO DIREITO À SAÚDE MENTAL:  
ANÁLISE HERMENÊUTICA DOS DEBATES LEGISLATIVOS DA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

**NITERÓI-RJ**

**2017**

**LAÉRCIO MELO MARTINS**

**A CONSTRUÇÃO DAS PERSPECTIVAS DO DIREITO À SAÚDE MENTAL:  
ANÁLISE HERMENÊUTICA DOS DEBATES LEGISLATIVOS DA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito Constitucional da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direito Constitucional. Linha de Pesquisa: Teoria e História do Direito Constitucional e Direito Constitucional Internacional e Comparado.

**ORIENTADOR: MARCUS FABIANO GONÇALVES**

**NITERÓI-RJ**

**2017**

**LAÉRCIO MELO MARTINS**

**A CONSTRUÇÃO DAS PERSPECTIVAS DO DIREITO À SAÚDE MENTAL:  
ANÁLISE HERMENÊUTICA DOS DEBATES LEGISLATIVOS DA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito Constitucional da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direito Constitucional. Linha de Pesquisa: Teoria e História do Direito Constitucional e Direito Constitucional Internacional e Comparado.

Aprovado em \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor Dr. Marcus Fabiano Gonçalves – Universidade Federal Fluminense (UFF)

---

Professora Dr<sup>a</sup> Mônica Paraguassu C. da Silva – Universidade Federal Fluminense (UFF)

---

Professor Dr. Ricardo Nery Falbo – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

---

Professor Dr. Paulo Amarante – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)

**NITERÓI–RJ**

**2017**

## 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 largo 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 são do que nos concederiam, perigosamente, sempre novamente são – que nos parecer 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)

*Dedico aos esquecidos, abandonados, excluídos, anormais, degradados, errantes,  
desestruturados, rejeitados, invisíveis, desviantes ditos loucos.*

*Aos que se foram em nome da normalização e da psiquiatria, in memoriam. Vocês não  
serão esquecidos!*

## AGRADECIMENTOS

Ao Eter-no pela dádiva da vida.

Aos meus pais, Ademir Martins e Ana Melo, pela graça do companheirismo e materialização do amor na terra.

A Elaine Martins pelo carinho, cuidado e conselhos de sabedoria, sobretudo, na fase final da presente pesquisa.

Ao meu padrinho Ronaldo Melo, um exemplo de vida e trajetória acadêmica.

A minha prima Glória Martins, uma irmã presente nas horas difíceis.

Aos queridos mestres e amigos construídos ao longo da graduação na UFRRJ, Daniel Pêcego, Érica Paes e Daniel Lourenço pelos incentivos e conselhos de vida.

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

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

Às professoras do Instituto de Psicologia da PUC-RJ, Maria Inês e Helenice Fichman pela acolhida e encorajamento nos estudos na área psi.

Ao professor Adrian Sgarbi do Departamento de Direito da PUC-RJ, pelas instruções primorosas em Teoria do Direito.

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

Em especial, ao meu orientador Marcus Fabiano, pela paciência nos encontros e na orientação. É com lágrimas que escrevo esta nota, agradecido por ter sido um grande amigo e parceiro, sobretudo, no final da dissertação. 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 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 e pela sua preocupação e cuidado na pesquisa. Sua genialidade é o exemplo da grandeza de sua alma, caro mestre.

Em especial, ao professor Ricardo Nery Falbo 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, 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 saudoso que escrevo essas palavras.

Em especial, à professora Mônica Paraguassu 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.

Em especial, ao professor Paulo Amarante, psiquiatra, psicanalista, pesquisador e coordenador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) da ESNP/Fiocruz, 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 – ao menos por mim, que carregarei sua paixão e sonho por um mundo sem manicômios, mais livre e libertário.

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

Aos amigos, Kely Barcellos, Gabriel Palma, Lívia Ouverney, Rodrigo Freitas, Gilmara Nunes, Arminda Brito, 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, Verônica Miranda, Stéphanie Lyanie e Monique Falcão.

## RESUMO

A presente pesquisa acadêmica tem por objetivo investigar a construção das perspectivas do direito à saúde mental, a partir dos debates legislativos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse caminho, foi necessário compreender o processo de medicalização da sociedade brasileira, iniciado no século XIX, a partir da Família Real portuguesa. Para isso, realizo uma recuperação histórica do contexto das instituições médicas e jurídicas, dos atores sociais e políticos que contribuíram para a construção da assistência psiquiátrica brasileira e, posteriormente, para a concepção do conceito de saúde mental. Preliminarmente, investigo a regulação jurídica do estatuto da loucura, a fim de analisar a problemática em torno da construção da assistência psiquiátrica, da racionalidade científica. Uma vez realizado esse percurso, observo a trajetória histórica da Reforma Sanitária e sua contribuição para o processo da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista os debates legislativos e os discursos econômicos, epistemológicos e políticos, em disputa no campo pela concepção do direito à saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicalização da sociedade. Legislação psiquiátrica. Reforma Sanitária. Reforma Psiquiátrica.

## ABSTRACT

The present research aims to investigate the construction of the perspectives of the right to mental health, starting from the legislative debates of the Brazilian Psychiatric Reform. In this way, it was necessary to understand the process of medicalization of Brazilian society, begun in the nineteenth century, starting with the Portuguese Royal Family. In order to do this, I make a historical recovery of the context of medical and legal institutions, social and political actors who contributed to the construction of Brazilian psychiatric care and, later, to the concept of mental health. Preliminarily, I investigated, from the nineteenth century, the legal regulation of the statute of madness, in order to analyze the problematic around the construction of psychiatric care, of scientific rationality. Once I have done this, I look at the historical trajectory of the Sanitary Reform, epistemological and political discourses, in dispute the field for the conception of the right to mental health.

**KEY-WORDS:** Medicalization of society. Psychiatric legislation. Health Reform. Psychiatric Reform.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>DISCUSSÃO METODOLÓGICA DE ANÁLISE HERMENÊUTICA.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 1 – O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA: a emergência do constitucionalismo brasileiro e a cultura europeia de tratamento psiquiátrico.....</b>	<b>28</b>
1.1 A Medicalização da sociedade brasileira.....	28
1.2 A Sociedade de Medicina Cirúrgica do Rio de Janeiro e a Santa Casa de Misericórdia.....	39
1.3 O Hospício de Pedro II.....	44
1.4 O Hospital Nacional dos Alienados.....	57
<b>CAPÍTULO 2 - A CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO MEDICALIZADOR: a contribuição jurídica na transição da Assistência Médico-Legal.....</b>	<b>65</b>
2.1 Assistência Médico-Legal a Alienados.....	65
2.2 Escola Profissional de Enfermagem.....	75
2.3 Museu Anato-mo-Patológico.....	78
2.4 Alterações legislativas na regulação jurídica da Assistência Médico-Legal.....	79
2.5 A interseção do conhecimento médico-jurídico no projeto de formação da identidade nacional.....	84
2.6 A Primeira Lei Federal de Assistência Médico-Legal e a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Brasileira.....	92
<b>CAPÍTULO 3 – A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....</b>	<b>107</b>
3.1 A segunda Lei Federal de Assistência Médico-Legal e a Psiquiatria Preventiva.....	107
3.2 Perspectivas Psiquiátricas no Cenário Internacional pós-1945.....	116
3.3 A Reforma Sanitária e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM): o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	123
3.4 O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988.....	132
3.5 Histórico de Acontecimentos na Década de 1990 e o Sistema Único de Saúde (SUS).....	137
<b>CAPÍTULO 4 – PROCESSO LEGISLATIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA (1989-2001).....</b>	<b>151</b>
4.1- Processo Legislativo do Projeto de Lei n. 3.657/89: trajetória.....	151

<b>4.2 Atividade Legislativa.....</b>	<b>151</b>
<b>4.3 Câmara dos Deputados: Plenário.....</b>	<b>152</b>
<b>4.4 Comissão de Constituição e Justiça e de Redação (CCJR).....</b>	<b>164</b>
<b>4.5 Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).....</b>	<b>164</b>
<b>4.6 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.....</b>	<b>165</b>
<b>4.7 Emendas de Plenário da Câmara dos Deputados.....</b>	<b>171</b>
<b>4.7.1 Emenda Modificativa n.1.....</b>	<b>172</b>
<b>4.7.2 Emenda Modificativa n.2.....</b>	<b>172</b>
<b>4.7.3 Emenda Modificativa n.3.....</b>	<b>173</b>
<b>4.7.4 Emenda Modificativa n.4.....</b>	<b>174</b>
<b>4.7.5 Emenda Modificativa n.5.....</b>	<b>175</b>
<b>4.7.6 Emenda Modificativa n.6.....</b>	<b>176</b>
<b>4.7.7 Emenda Modificativa n.7.....</b>	<b>177</b>
<b>4.7.8 Emenda Aditiva n.8.....</b>	<b>177</b>
<b>4.8 Votação das Emendas de Plenário nas Comissões de Constituição e Justiça e de Redação e de Seguridade Social e Família.....</b>	<b>178</b>
<b>4.9 Discussão, votação e aprovação do Projeto de Lei n. 3.657-B/89.....</b>	<b>179</b>
<b>4.10 Processo Legislativo no Senado Federal.....</b>	<b>190</b>
<b>4.10.1 Procedimentos Preliminares.....</b>	<b>190</b>
<b>4.10.2 Emendas Modificativas n.1.....</b>	<b>191</b>
<b>4.10.3 Emendas Modificativas n.2.....</b>	<b>193</b>
<b>4.10.4 Emenda Modificativa n. 3.....</b>	<b>193</b>
<b>4.10.5 Relatoria, Apreciação do Projeto de Lei n.8/91 e das Emendas Modificativas – Senador José Paulo Bisol.....</b>	<b>194</b>
<b>4.10.6 Apreciação do Projeto de Lei da Câmara n.8/91 e voto em separado – Senador Lucídio Portella.....</b>	<b>208</b>

<b>4.10.7</b>	<b>Apreciação do Projeto de Lei da Câmara n. 8/91 e a proposta do substitutivo com voto em separado – Senador Beni Veras.....</b>	<b>212</b>
<b>4.11</b>	<b>Mobilização Social, Leis Estaduais e o “silêncio” do Senado Federal.....</b>	<b>218</b>
<b>4.12</b>	<b>Voto Separado, Vencido, do Senador Lúcio Alcântara do Projeto de Lei n.8/91.....</b>	<b>221</b>
<b>4.13.</b>	<b>Voto do Senador Gilvam Borges.....</b>	<b>227</b>
<b>4.14</b>	<b>Requerimento n. 64.....</b>	<b>243</b>
<b>4.15</b>	<b>Requerimento n.212.....</b>	<b>244</b>
<b>4.16</b>	<b>Requerimento n. 224.....</b>	<b>244</b>
<b>4.17</b>	<b>Requerimento n.584.....</b>	<b>244</b>
<b>4.18</b>	<b>Requerimento n.595.....</b>	<b>245</b>
<b>4.19</b>	<b>Parecer n.688.....</b>	<b>245</b>
<b>4.20</b>	<b>Parecer n. 27.....</b>	<b>261</b>
<b>4.21</b>	<b>Parecer n.43.....</b>	<b>262</b>
<b>4.22</b>	<b>Câmara dos Deputados: Promulgação e Publicação.....</b>	<b>262</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>267</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>275</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>323</b>

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO I – Projeto de Lei n. 3.657 de 1989.**

**ANEXO II – Projeto de Lei n. 3.657-A de 1989.**

**ANEXO III – Projeto de Lei n. 3.657-B de 1989.**

**ANEXO IV- Projeto de Lei da Câmara n.8/91.**

**ANEXO V – Proposta substitutiva ao Projeto de Lei n.8 de 1991 – Senador José Paulo Bisol.**

**ANEXO VI – Proposta substitutiva ao Projeto de Lei n. 3.657- A- Senador Lucídio Portella.**

**ANEXO VII- Emendas propostas pelo Senador Beni Veras.**

**ANEXO VIII – Emendas propostas pelo Senador Lúcio Alcântara.**

**ANEXO IX – Emenda n. 4 – CAS – Proposta substitutiva ao Projeto de Lei n.8/91 do Senador Lucídio Portella.**

**ANEXO X – Emendas de Plenário do Senado Federal**

**ANEXO XI – Proposta substitutiva do Senador Lucídio Portella**

**ANEXO XII – Proposta substitutiva do Senador Sebastião Rocha**

**ANEXO XIII- Emendas de Plenário do Senado Federal**

**ANEXO XIV – Projeto de Lei n. 3.657 –C de 1989 (Lei n. 10.216/01)**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria**

**ABRANGE- Associação Brasileira de Medicina de Grupos**

**AIS – Ações Integradas em Saúde**

**ANS- Agência Nacional de Saúde**

**ADCT- Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**

**ABI – Associação Brasileira de Imprensa**

**BA - Bahia**

**CPN – Centro Psiquiátrico Nacional**

**CONASP- Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária**

**CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**

**CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária**

**CNRP – Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica**

**CAS- Comissão de Assuntos Sociais**

**CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**

**CSNM- Conferência Nacional de Saúde Mental**

**CJM- Colônia Juliano Moreira**

**CRM- Conselho Regional de Medicina**

**CFM – Conselho Federal de Medicina**

**CRP- Conselho Regional de Psicologia**

**CFP- Conselho Federal de Psicologia**

**CCJR – Comissão de Constituição e Justiça e Redação**

**CSPAS – Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social**

**CREFITO- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**

**CRAS – Centro de Referência de Assistência Social**

**CERP – Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica**

**CCJC- Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania**

**CSSF- Comissão de Seguridade Social e Família**

**CRFB- Constituição da República Federativa Brasileira**

**CE- Ceará**

**CNS- Conselho Nacional de Saúde**

**DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública**

**DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental**

**DF- Distrito Federal**

**FBH- Federação Brasileira de Hospitais**

**FNS- Fundo Nacional de Saúde**

**FINSOCIAL- Fundo de Investimento Social**

**INPS – Instituto Nacional de Previdência Social**

**INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social**

**IBRAPSI – Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupo e Instituições**

**LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental**

**LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias**

**MPB- Movimento Democrático Brasileiro**

**MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental**

**MLA- Movimento da Luta Antimanicomial**

**MNLA- Movimento Nacional da Luta Antimanicomial**

**MG- Minas Gerais**

**MS- Mato Grosso do Sul**

**MT- Mato Grosso**

**OMS- Organização Mundial de Saúde**

**ONU- Organização das Nações Unidas**

**OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde**

**OAB – Ordem dos Advogados do Brasil**

**PL – Projeto de Lei**

**PLEN - Plenário**

**PPA- Plano de Pronta Ação**

**PT- Partido dos Trabalhadores**

**PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro**

**PTB- Partido Trabalhista Brasileiro**

**PFL- Partido da Frente Liberal**

**PCB- Partido Comunista Brasileiro**

**PC do B- Partido Comunista do Brasil**

**PL- Partido Liberal**

**PDT- Partido Democrático Trabalhista**

**PDS- Partido Democrático Social**

**PSDB- Partido da Social Democracia Brasileira**

**PE – Pernambuco**

**PLC – Projeto de Lei Complementar**

**RS – Rio Grande do Sul**

**RR- Roraima**

**RJ – Rio de Janeiro**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**SDNM – Serviço Nacional de Doenças Mentais**

**SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde**

**SP- São Paulo**

**STF – Supremo Tribunal Federal**

**TSOS – Tratamento Sanitário Obrigatório**

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho acadêmico tem a finalidade de apresentar um panorama histórico sobre o processo de medicalização da sociedade brasileira a partir da análise das principais instituições psiquiátricas no cenário nacional, bem como através dos dispositivos jurídicos que fundamentaram a regulação da prática psiquiátrica na assistência aos alienados no Brasil, desde o século XIX.

O projeto de medicalização iniciado com a chegada da Família Real portuguesa, a partir da influência dos modelos psiquiátricos da Europa Continental efetivou-se por meio de documentos jurídicos que ao longo da trajetória histórica normativa brasileira, assinalaram o (a) estigma da exclusão social, (b) da periculosidade do louco, (c) da (in)capacidade civil do alienado mental, (d) da estrutura da administração hospitalar/asilar e (e) dos meios terapêuticos, eixos temáticos que estão na origem do alienismo.

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.

O campo do conhecimento científico não está isento dessa investigação, na medida em que o questionamento acerca da neutralidade da verdade científica representa uma importante análise epistemológica na construção do conceito de alienação e doença mental.

Assim, 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 o sujeitam. 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 recuperação 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, a sede da Coroa Portuguesa.

No primeiro capítulo, preocupo-me com 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 1808 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.

A criação da Sociedade de Medicina Cirúrgica marcou as críticas aos cuidados realizados pela Santa Casa de Misericórdia, notadamente, a partir da criação da Academia Imperial de Medicina, 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) 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 do 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 o advento, 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 do alienado no custo de sua internação, bem como o 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. Houve, então, maior detalhamento da participação da esfera jurídica no processo de exclusão social através do Decreto n.508.

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

As alterações no campo jurídico reforçavam o alinhamento do saber psiquiátrico às jurisprudências dominantes à época que com a transição do século XIX para o início do XX, se evidenciariam ainda mais, em razão 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 com a teoria da degenerescência, no cenário brasileiro, a partir de 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. Ou seja, 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 psiquiátrico brasileiro, apresento as correntes psiquiátricas e seus modelos de intervenção. Em sentido *lato*, 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. Em vista disso, uma grave crise na Previdência Social instaurou-se na 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 em pensá-lo como resultante da complexidade de fatores econômicos, culturais e políticos.

Assim, transformar a saúde, é transformar a 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 sociais na década de 1990 que buscaram efetivar as transformações no sistema de saúde e, conseqüentemente, no âmbito social é possível articular a Reforma Psiquiátrica brasileira como projeto piloto de intervenção na sociedade, a partir dos paradigmas da Reforma Sanitária. 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 (PL 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 políticos nos debates legislativos e suas exposições de motivos que

compreenderam todas as discussões ideológicas, as convicções e concepções teóricas que embasaram o debate no Congresso Nacional.

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).

Buscou-se verificar também em que nível a efervescência social à época (1975 a 1989) foi introduzida na proposta de Lei de n. 3.657/89. Percorrer esse caminho foi importante para compreender as discussões legislativas, os sentidos e alcances dos conceitos jurídicos apresentados pelos parlamentares, seja na Câmara dos Deputados, seja no Senado Federal.

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 tipos de assistência hospitalar em saúde mental no Brasil: (a) hospital psiquiátrico público, (b) hospital psiquiátrico público conveniado com assistência psiquiátrica privada e (c) hospital psiquiátrico exclusivamente privado.

Durante as discussões no Congresso Nacional é possível identificar a retomada das experiências psiquiátricas do cenário internacional, nessa relação de disputa em torno da construção das perspectivas do direito à saúde mental no campo brasileiro.

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, o tema 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.

O objetivo geral será investigar o projeto de medicalização da sociedade brasileira, a partir da problemática dos eixos temáticos (estigma da exclusão social, da periculosidade do louco, da (in)capacidade civil do alienado mental, da estrutura da administração hospitalar/asilar e dos meios terapêuticos) que constituem a origem do

alienismo. E decorrente dessa experiência institucional, a partir das legislações psiquiátricas editadas, verificar quais foram os avanços na proposta legislativa da Reforma Psiquiátrica (1989-2001).

Nesse sentido, busco verificar a hipótese de que o Projeto de Lei n. 3.657/89 não tinha por objetivo eliminar o hospital psiquiátrico exclusivamente privado, não correspondendo a uma ruptura radical com a estrutura asilar.

Além disso, verifico que os atores institucionais e sociais que atuaram no campo de forças para a construção das perspectivas do direito à saúde mental discutiram aspectos jurídico-epistemológicos em saúde mental. Assim sendo, observo que a segunda hipótese, decorrente da primeira, é a de que os interesses econômicos disfarçados por discussões epistemológicas polarizaram o campo político, característica que marcou os debates legislativos brasileiros.

## **DISCUSSÃO METODOLÓGICA DE ANÁLISE HERMENÊUTICA**

Interpretar é atribuir significado a algo ou a alguma coisa. “A atividade interpretativa, assim, está em todo o lugar a que dedicamos alguma atenção (SGARBI, 2013, p.249)”. Nesse sentido, AZEVEDO (1989) ressalta uma importante característica do processo interpretativo ao afirmar que é necessário dizer o lugar de fala na atividade interpretativa, isto é, quais os pressupostos que orientam e condicionam esse processo. O processo interpretativo pressupõe uma posição previamente assumida em relação ao direito e à vida, que nele vai refletir-se inelutavelmente.

Vale dizer que existe uma diferença entre a filosofia da interpretação e a interpretação jurídica. A filosofia da interpretação é referida como hermenêutica jurídica que deve instituir um modelo ótimo dentro do qual a atividade interpretativa seja produzida. Entretanto, a atividade interpretativa compreende um cenário imperfeito ao sofrer inúmeras limitações. Provocadas pelo conhecimento e pelas próprias regras do jogo, as partes que se comunicam tem limites conhecidos e, em razão disso, a atividade interpretativa tende seguir a sequência desse cenário limitado, sobretudo no cenário histórico-social:

“De certo modo tudo no direito se refere à interpretação. Elaboram-se leis para serem aplicadas à vida social e não há aplicação sem prévia interpretação. E a interpretação, que não é só das leis em sentido amplo, mas também dos fatos, sofre influência dos pressupostos em que se apoia (AZEVEDO, 1989, p.14)”.

Assim, empreender uma atividade interpretativa implica em atribuir sentido<sup>1</sup> a um objeto, seja a partir de uma análise documental ou factual. Em razão disso, o significado<sup>2</sup> é marcado pelo conjunto de uso de uma palavra. Nesse aspecto, o sentido de uma palavra é atingido após uma análise do seu emprego no contexto. Vale dizer, o uso concreto que está sendo empregado em uma determinação linguística:

“Os discursos não são instâncias autárquicas em relação aos acontecimentos humanos. Os discursos - como práticas sociais – são produzidos em contextos. Os <<contextos>> são situações determinadas em que se processa a ocorrência linguística. <<Discurso>> e <<diálogo>> não se confundem. Se um <<discurso>> é a linguagem posta em ação, o <<diálogo>> corresponde à troca dessa ação realizada entre duas ou mais pessoas. Por isso que se como ação discursiva um <<discurso>> revela as posições sociais assimétricas, o grau de cultura, as crenças, a ideologia de seus partícipes, o <<diálogo>>, por sua vez, expressa as possibilidades de interação que o discurso pode compreender. Como ações comunicativas, essas possibilidades devem ser bem identificadas quando estabelecidas por um dos atores do discurso para que se possa construir resposta adequada. Desse modo, a palavra revela-se fortemente como produto de forças sociais (SGARBI, 2013, p.328-329)”.

Faz-se necessário considerar o processo histórico na análise hermenêutica e recuperar o sentido do discurso jurídico, de maneira a ver o direito como um ingrediente essencial da vida sócio-cultural, ligado às lutas e forças sociais, influenciando e sofrendo a influência de todos os fatores em jogo no quadro histórico (AZEVEDO,1989).

Entretanto, existem causas que produzem instabilidade no âmbito do significado. A vagueza<sup>3</sup> é um fenômeno linguístico em que há incerteza sobre a aplicação da expressão ou vocábulo. Já a ambiguidade<sup>4</sup> deve ser entendida como uma palavra com dois ou mais sentidos. Conforme SGARBI (2013), Walter B. Gallie, no ano de 1965, realizou, em um ensaio assinado sob a rubrica de <<conceitos essencialmente controvertidos>>, uma importante análise da instabilidade no emprego do vocábulo do

---

<sup>1</sup> << Sentido>> é o uso concreto de um significado. Ou seja, entende-se por << Sentido>> o significado adicionado do contexto do uso da palavra ( SGARBI,2013,p.29)

<sup>2</sup> Por << Significado>> designam-se as potenciais compreensões que se pode obter quando uma palavra é considerada abstratamente, ou o conjunto de sentidos plausíveis de uma palavra ( SGARBI,2013,p.29)

<sup>3</sup> Assim, é característica do fenômeno da vagueza haver a) uma << aplicação definida>>, uma b) << zona de não-aplicação >>, e c) uma <<zona de dúvida>> no uso do termo ( continuamente referida pelos juristas como << zona de penumbra>>. ( BIX,2000,p.31-33 *apud* SGARBI,2013, p.32)

<sup>4</sup> O problema da ambiguidade é de << equívocidade >> no uso da palavra, ou seja, há dois ou mais sentidos fixos pensáveis a partir do enunciado formulado. (BIX, 2000,p.54; GUIBOURG;GHIGLIANT;GUARIONI,1987,p.66-68 *apud* SGARBI,2013, p.32). SGARBI salienta ainda que segundo ULLMANN (1962) a ambiguidade pode surgir de maneiras distintas, a saber: ambiguidade fonética, ambiguidade sintática, sob a forma gramatical, por estrutura de sentença – anfibologia - e ambiguidade lexical.

<<Direito>>. Entendido como conceitos que compreendem infinitas e inevitáveis disputas sobre seus usos apropriados da parte de seus usuários, tais como: <<democracia>>, <<poder>>, <<liberdade>> etc (GALLIE, 1956, p.171 *apud* SGARBI, 2013, p. 33), os <<conceitos essencialmente controvertidos>> são conceitos indeterminados que se disputam ideologicamente.

Sendo assim, significação é o conjunto de usos e o sentido é o uso concreto, enquanto que o contexto é tudo que está ao redor do fenômeno linguístico e que é possível de analisar o emprego. Por exemplo, tom de voz, movimento corporal e aspectos culturais. Inicialmente, ao buscar traçar categorias epistêmicas do aspecto da linguagem, Alaôr Caffé Alves, apresenta uma investigação sobre a dinâmica entre pensamento, conhecimento e linguagem:

“O pensamento, para existir, não prescinde de uma *formulação linguística*. Na verdade, embora ele *não se confunda com a linguagem*, não se pode tê-lo expressamente *sem* esta. O pensamento não existe se não puder ser expresso *sob alguma forma linguística*, quer seja **externa**, oral ou escrita, que seja **interna**, e, neste último caso, sob a forma de uma “**surda**” **linguagem interior**, uma linguagem interna “silenciosa” [...] Na verdade, o homem, no **mundo simbólico** que lhe é peculiar, **pensa por que fala, bem como fala porque pensa**. É uma **relação dialética**: um não é o outro, mas um é pelo outro. No mundo do pensamento evoluído, complexo, não pode haver separação entre o pensamento e a linguagem. Desse modo, **o pensamento não se identifica com a linguagem, não é idêntico a ela, mas também não é possível sua existência em expressões simbólicas sem a formulação pertinente da linguagem** [...] A linguagem é um processo que se caracteriza essencialmente como **fenômeno intersubjetivo**, sob condições humanas biologicamente singulares e sociais. Isso significa que **se o pensamento depende da linguagem para existir**, e esta depende das **relações intersubjetivas**, das relações e práticas sociais, não há como deixar de concluir que aquilo que temos de mais íntimo, ou seja, o pensamento, **depende de relações sociais** também. **Assim, não há pensamento, nem sua expressão formal, sem sociedade, sem a comunidade falante**. A intersubjetividade é marca singular do pensamento [...] **Os conhecimentos e a experiência são o corpo do pensamento. Sem eles não existe espírito, não existe pensamento**(ALVES,2011,p.26-27)”.

Ao analisar as noções ontológicas da norma jurídica, SGARBI (2013) afirma que as normas jurídicas e a linguagem da qual nos servimos para nos comunicar possuem vínculo necessário. Quer dizer, o êxito das normas depende da linguagem, seja ela falada, escrita ou em sinais.

Nesse sentido, a sintaxe é um conjunto de regras que regularizam o uso de uma língua. É através dela que se observa a correção construtiva linguística de um

enunciado. Toda a sintaxe está relacionada a um conjunto de regras limitadas. Por outro lado, a semântica estuda o fenômeno da compreensão, independentemente do enunciado estar correto.

A pragmática explica como o contexto ajuda alterar o sentido da semântica e da sintaxe. É um fenômeno linguístico que torna possível atribuir uma compreensão do que está sendo dito no campo concreto. A análise pragmática é aquela que coloca em negrito o que está ao redor da linguagem empregada. Dessa maneira, é preciso observar que o contexto jurídico é permeado por jogos de poder:

“Por essas razões que se tem denominado o ato normativo (aspecto pragmático), o enunciado normativo (aspecto sintático) e a norma (aspecto semântico) de << tríade da linguagem jurídica >>: porque o ato normativo (ato linguístico de formulação do enunciado normativo), o enunciado normativo (que equivale ao texto legal produzido), e a norma (resultado da interpretação dos textos legais), embora não se confundam, mantêm laços próximos. (SGARBI, 2013,p.61)”.

O contexto é tão importante que, às vezes, ele assume assento prioritário na atividade argumentativa, obscurecendo o que deveria estar em foco. O contexto significa ritual no campo jurídico assinalado pelo poder. O enunciado é a construção de uma expressão linguística e a enunciação é a verbalização do ato construtivo. Sendo assim, toda atividade interpretativa tem um objeto, cujo objetivo é extrair sentido. No âmbito jurídico, esse objeto pode ser dividido em análise textual e empírica.

Em relação ao objeto empírico, atribuir sentido a um fato é analisar as narrativas. Uma ocorrência física no mundo jurídico tem uma significação que se atribui a ela. No mundo jurídico, a narrativa é dúbia. Por isso, exige-se cuidado ao interpretar um fato. É necessário um complexo de informações para evitar a atribuição equivocada de uma consequência sem nexos causal:

“Se é inquestionável a importância das normas jurídicas positivas para a construção de uma ciência do direito que ofereça subsídios à adequada solução de controvérsias emergentes da vida social, há que se estabelecer que não pode o *pensar dogmático*<sup>5</sup> converter-se em um pensar necessariamente anti-investigador do direito, isto é, não

---

<sup>5</sup> Plauto Faraco de Azevedo define a Dogmática Jurídica como descrição de regras jurídicas em vigor. Seu objeto é a regra positiva considerada como um dado real. A Dogmática constata, primeiramente, sua existência, em conformidade com as exigências ontológicas da categoria considerada [...] A Dogmática evidencia, por fim, as aplicações e as reúne em um sistema tão coerente quanto possível de modo a orientar a solução dos novos casos que deverão apresentar-se (1989,pg.28). Entretanto, a Dogmática Jurídica não deve ser analisada sem considerar a dimensão histórico-crítica, de maneira a-histórica e com “juízos puros” imanentes. No processo hermenêutico é necessário a reconstrução das normas e conceitos jurídicos em função das necessidades historicamente configuradas.



reelaborador do direito, cingindo-se à repetição de fórmulas ( normas) mecanicamente aplicadas através de meras “subsunções” silogístico-dedutivas. (AZEVEDO, 1989, p. 31)”.

Segundo o entendimento de ALVES (2011), o objetivo da norma não é conhecer o mundo social, buscando-lhe a verdade, mas comandar imperativamente sobre os comportamentos sociais, buscando-lhes a justiça, a conveniência, a segurança e a prudência. A norma jurídica não quer conhecer o mundo das ações humanas e sim modificá-lo. Nesse sentido, AZEVEDO (1989) diz que aos preceitos jurídicos não se pode atribuir uma validade imanente, independentemente dos casos a que se apliquem.

Em suma, na tarefa de investigação da norma jurídica, bem como na sua interpretação tendo em vista à solução de controvérsias judiciais, oriundas do relacionamento humano intersubjetivo, a Dogmática Jurídica deve primar pela perspectiva social, afastando-se do formalismo conceitual e logicismo.

Segundo Michel Foucault, as relações de poder estão presentes na vida cotidiana, nos processos sociais, sejam institucionais ou não. A questão central da relação de poder como peso de um destino que marca o passado, o presente e o futuro; pode ser compreendida no espaço de trabalho, de família e nas relações afetivas. Nesse sentido, faz-se necessário a presença de mais de uma pessoa para existir esse jogo de forças, assinala Foucault.

Exercidos na prática do cotidiano através dos espaços estratégicos, por meio de uma rede complexa de forma lógica e racional. Em *A Microfísica do Poder* (1979), Foucault realiza um estudo sobre os extremos de atuação do poder, nas extremidades e nos pontos terminais.

As dimensões do poder por meio da objetivação dos sujeitos em razão do conhecimento, ao percorrer a trajetória analítica de conceituação progressiva (pensamento crítico) produz uma revisão constante nessa categoria epistêmica. Os campos semânticos tem forma de personificar o poder.

Foucault afirma que é necessário conhecer a contextualização histórica que motiva nossa conceitualização, condição *sine qua non* para a consciência histórica da nossa circunstância atual. O poder não é uma questão teórica, mas forma parte da nossa experiência social.

O vocábulo poder expressa uma relação assimétrica entre as partes no campo discursivo. O poder é legítimo no seu campo. Dependendo dessa relação de poder, tem-se um discurso de legitimidade. O discurso de legitimidade é mediado por estruturas. Toda relação de poder é uma relação de estratégia, de maneira que o mais forte condiciona a posição do mais fraco. Sendo assim, as instituições servem como instrumentos que produzem normas de controle social de modo estratégico.

No campo jurídico, a legitimação das partes é condicionante para o poder de fala. O poder é exercido como uma contínua invocação, devendo ser analisado por atos estratégicos e símbolos. A estratégia é inerente ao comportamento racional, escolha dos meios empregados para o alcance da finalidade. É um campo estratégico que está relacionado a normas que são uma prática institucional. O discurso jurídico é simbolizado como racional, coerente e justo. O jogo jurídico só existe se houver invocações de normas.

O poder não existe em si. É um mecanismo de estabelecimento de manutenção social. Todos os discursos são atuações estratégicas, não implicando, necessariamente, na verdade, funcionando mais como dispositivos retóricos que procuram alcançar a máxima persuasão de um auditório de destinatário. O discurso precisa ser fundamentado através de uma argumentação racional.

Em suma, as práticas discursivas são expressões de poder e como prática invocativa de poder existe simbologia que revela no mundo jurídico suas expressões racionais e os embates entre os campos em disputa.

O campo de pesquisa foi desenvolvido através de consulta às fontes históricas, à bibliografia relacionada ao tema, aos debates no Congresso Nacional, através de documentos oficiais de tramitação do projeto de lei, teses, dissertações e artigos científicos. Em outras palavras, das discussões institucionais relacionadas aos desafios do processo de cidadania da pessoa em sofrimento psíquico.

Busco com isso, aproximar-me dos avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica nos desafios da reabilitação dos usuários dos serviços de atenção psicossocial, a fim de analisar o sentido e o alcance dos direitos e garantias fundamentais das pessoas em sofrimento psíquico.

Assim, como forma de abordar o aparato jurídico, durante o exercício hermenêutico nesse estudo, preocupe-me em reconstruir o direito vigente, com atenção

ao passado histórico, considerando a história institucional brasileira, bem como os compromissos assumidos e compartilhados de liberdade e igualdade na Carta Magna de 1988.

## **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**

Acerca do processo político de transferência da família real de Portugal para as terras coloniais brasileiras, em 1808, CERQUEIRA (1997) afirma que em novembro de 1807, a situação política de D. João VI era penosa, uma vez que se ele continuasse no território europeu, os ingleses, provavelmente, bombardeariam Lisboa, como fizeram em Copenhagem.

A nota franco-espanhola de agosto de 1807 exigindo que Portugal declarasse guerra à Inglaterra, a presença da esquadra britânica e uma força de sete mil homens à entrada do porto de Lisboa, colocando, assim, a cidade sob bloqueio em 16 de novembro, bem como 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 em reunião, no dia 24 de novembro, a recomendar ao rei a partida (CERQUEIRA, 1997).

Embarcaram para as terras coloniais, a 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 cirúrgicas (MACHADO *et al*,1978):

“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 cirurgia (MACHADO *et al*,1978, p.25-26)”.

O exercício da prática médica, em Portugal, como se nota, encontrou na regulamentação do Estado o assento para a legitimidade das ações de intervenção no âmbito social. Além disso, a criação da Universidade de Coimbra, instituição de ensino

jurídico, 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.

De acordo com CERQUEIRA (1997), 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:

“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 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 feudais (CERQUEIRA, 1997, p.28)”.

Exíguo era o número de físicos e cirurgiões residentes no imenso território 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, em Portugal, pelas tropas napoleônicas de Junot, a metrópole encontrava-se impossibilitada de enviar especialistas de Coimbra.<sup>6</sup> A definição dos limites jurídicos de exercício das atividades de físico, cirurgião e boticário era acompanhada do estabelecimento gradual de uma hierarquia de importância entre elas (MACHADO *et al*,1978).

A Fisicatura não era lugar de enunciação do discurso médico que deveria orientar a prática. Ela era, unicamente, o lugar político de regulação dessa prática através de leis que visavam a legitimá-la e fiscalizá-la. A fiscalização era entendida como a forma privilegiada de articular a atividade médica ao poder soberano (MACHADO *et al*,1978):

“Não tinha nenhuma relação com a problemática da higiene pública, no sentido preciso de organizar medidas de controle do espaço social

---

<sup>6</sup> “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 médico (MACHADO *et al*,1978, p.24-25)”.

[...] 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 punitivo (MACHADO *et al*, 1978, p.37)”.

Durante todo o período colonial, os moradores de cidades e vilas demandavam a presença do médico. Havia carência, ou melhor, quase inexistência de médico<sup>7</sup>. E a constatação de doença que muitas das vezes acarretava a morte, levava o povo a pedir às autoridades portuguesas um médico presente na cidade (MACHADO *et al*, 1978).

O anseio da população em relação à demanda de médicos correspondia à construção da imagem social do exercício da função médica: “O médico é, portanto, uma personagem que figura na relação entre o Rei e seus vassalos através da presença da doença e da morte (MACHADO *et al*, 1978, p.23)”.

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 (MACHADO *et al*, 1978). “O problema da doença só secundariamente se encontrava tematizado, submetido que estava às exigências fiscalizadoras da administração (MACHADO *et al*, 1978, p.36)”.

Esse tipo de autoridade - Fisicatura<sup>8</sup> - encarregada da fiscalização do exercício da medicina, cirurgia e farmácia não parece, entretanto, ter tido maior êxito. Em 1782, D. Maria I criou a Junta do Proto-Medicato<sup>9</sup> para cumprir a função de fiscalização:

---

<sup>7</sup> “Desde 1521, prevê-se a função de juízes 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 administrativa (MACHADO *et al*, 1978, p.28-29)”.

<sup>8</sup> “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 médica (MACHADO *et al*, 1978, p.157)”.

<sup>9</sup> “O Proto-Medicato representava uma centralização dos poderes individuais dos Físico e Cirurgião mores em um Conselho ou Tribunal, composto de sete deputados, de natureza consultiva e deliberativa,

“Não houve, portanto, grande modificação com a passagem da Fisicatura ao Proto-Medicato. Os dois tipos de poderes procuram, parece que sem muitos resultados, fiscalizar o exercício da medicina, cirurgia e farmácia; 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 natos (MACHADO *et al*,1978, p.36)”.

A não diferença essencial entre Proto-Medicato<sup>10</sup> e Fisicatura fica também evidente pelo fato de D. João, em 1808, recém-chegado ao Brasil, ter abolido definitivamente a Junta Proto-Medicato em 1809 (MACHADO *et al*,1978)<sup>11</sup>. No período colonial, as Câmaras Municipais também fiscalizavam o exercício da medicina, além de zelar pela limpeza da cidade, ao cuidar da sujeira<sup>12</sup> na cidade, especialmente do porto:

“A população, vital para defender a terra e fazê-la produzir, aparece como elemento a ser preservado em vida, como vassallos do Rei, povoadores de uma terra disputada e produtora. É neste contexto que sujeira e doença articulam-se como binômio a ser evitado (MACHADO *et al*,1978,p.43)”.

Em relação ao período colonial brasileiro, MACHADO *et al* (1978) afirma que não se poderia ainda falar em medicina social, pois não havia presença do saber da

---

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 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 secretos ( MACHADO *et al*, 1978, p.35-36)”.

<sup>10</sup> “A figura do cirurgião-mor foi substituída pela Junta perpétua do Proto-Medicato, que aqui se fazia representar por deputados e enfermeiros diplomados em Coimbra. Esses profissionais tinham como função policial 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 Colônia (SCHWARCZ, [1993], 2015, p. 251-252)”.

<sup>11</sup> “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 Junta (MACHADO *et al*,1978, p.36)”.

<sup>12</sup> “O que se nota fundamental em toda essa problemática é o fato da sujeira da cidade ser sempre tematizada em função do não-cumprimento das Ordenações Filipinas. E nesse sentido, as determinações e os cargos que lhe dizem respeito tem como objetivo único retirar da cidade as sujeiras vistas como prejudiciais à vida. 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 analisasse(MACHADO *et al*,1978, p.46)”.

medicina, nem do médico como uma autoridade, nas questões que diziam respeito a uma ação política sobre a cidade tendo em vista a saúde da população<sup>13</sup>. “Só a ilusão retrospectiva dos historiadores, que buscam continuidades sem respeitar o tempo próprio dos conceitos, pode falar de higiene pública durante todo esse período (MACHADO *et al*,1978, p.53)”.

A administração portuguesa não se caracterizou pelo menos até a segunda metade do século XVIII, pela organização do espaço social visando a um ataque planejado e continuado às causas de doença, agindo com uma postura muito mais negativa do que positiva no que diz respeito à saúde (MACHADO *et al*, 1978):

“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 positividade, só é percebida negativamente pela presença da realidade representada pela doença (MACHADO *et al*, 1978,p.56)”.

Conforme MACHADO *et al* (1978), antes do século XIX, não se encontrava, seja nas instituições, propriamente, médicas, seja no aparelho do Estado, a relação explícita entre saúde e aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade, que, à época da escrita da sua obra na década de 1970, chega a aparecer como óbvia e atemporal. A administração colonial não planejava um combate às causas das doenças.

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, cada vez mais intensas: a penetração da medicina na sociedade, que

---

<sup>13</sup> “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 preventivo (MACHADO *et al*,1978, p.53-54)”.



incorpora o meio urbano como alvo de reflexão e da prática médicas, e a situação da medicina (MACHADO *et al*,1978):

“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 escola (MACHADO *et al*,1978,p.155-156)”.

No processo de medicalização da sociedade<sup>14</sup> há uma profunda relação de imanência entre o saber médico e o Estado, afirma MACHADO *et al* ( 1978)<sup>15</sup>. A medicina social torna-se integrante do Estado, quando começa o controle político individual e coletivo nos espaços sociais:

“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 social (MACHADO *et al*, 1978,p.158)”.

Até 1800, a carreira médica era vedada aos brasileiros<sup>16</sup>, situação que 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 se

---

<sup>14</sup> “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 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 desviantes - 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 Estado (MACHADO *et al*,1978, p.156)”.

<sup>15</sup> “Não é a racionalidade científica e politicamente neutra da medicina que é requisitada pelo Estado e utilizada em uma perspectiva ideológica que a adulteraria ou a descaracterizaria. Como também não é um Estado que existiria em continuidade desde os primeiros séculos de nossa história que agora incorpora um instrumento até então heterogêneo a seu modo de ação (MACHADO *et al*,1978, p.157)”.

<sup>16</sup> “A proibição de ensino superior era um ponto básico da política de Portugal com relação ao Brasil colonial (MACHADO *et al*,1978, p.170)”.

especializariam em matemática, o terceiro em medicina e o último em cirurgia (SCHWARCZ, [1993], 2015).

O ensino na colônia portuguesa 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 reprodutor de sua cultura e memória (SCHWARCZ, [1993], 2015, p.32)”.

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 inaugurava a Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro na sede do Hospital Real Militar, antigo Colégio dos Jesuítas.

Segundo MACHADO *et al* (1978), 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, pelo combate a ociosidade. “Concretização de um governo policial que conhece e ordena a população e cujo poder se estende até a competência propriamente jurídica sobre os infratores da ordem que promove (MACHADO *et al*, 1978, p.169)”.

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 das medidas de higiene pública. A Intendência de Polícia e Provedoria de Saúde eram poderes que se recobriam e se complementavam em suas funções (MACHADO *et al*, 1978)<sup>17</sup>.

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

---

<sup>17</sup> “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- Mor (MACHADO *et al*, 1978, p.170)”.

fundação de três academias médico-cirúrgicas<sup>18</sup>: uma na Bahia (1815), outra no Rio de Janeiro (1813) e a terceira em São Luís do Maranhão que não chegou a ser criada (SCHWARCZ, [1993], 2015).

No plano político, CERQUEIRA (1997) aponta a Revolução do Porto (1820) como 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 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 colonialismo.

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, conseqüentemente, realizasse uma gestão financeira de proteção interna dos produtos ingleses. “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 1821-1822 (CERQUEIRA, 1997, p.25)”.

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 brasileiros (CERQUEIRA, 1997, p.26)”.

---

<sup>18</sup> “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 Reino (SCHWARCZ, [1993], 2015, p.255)”.

No que se refere às Cortes Extraordinárias e Constituintes lusas, CERQUEIRA (1997) diz que o absolutismo português já convivía 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 de 1698 sobre a sucessão da Coroa) e experimentaria o convívio com a Constituição de uma monarquia parlamentar.

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 executivo (CERQUEIRA,1997, p.30)”.

Ao narrar a participação dos deputados brasileiros na constituição da Carta portuguesa, CERQUEIRA (1997) relata que 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 porvir.

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 passado (CERQUEIRA, 1997, p.31)”.

Os portugueses se arrogaram uma tarefa politicamente inviável: liberais em sua terra, colonizadores 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 Falmoth traz as explicações de rompimento com Portugal (CERQUEIRA, 1997).

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 reconhecimento. (CERQUEIRA, 1997, p.33)”.

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 monarca.

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 realeza (CERQUEIRA, 1997, p.35)”.

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 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 (CERQUEIRA, 2007). Eis o início do constitucionalismo brasileiro.

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 Constituição” (SCHWARCZ [1993], 2015, p.186)”.

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, no Recife<sup>19</sup> predominava o social-darwinismo de Haeckel e Spencer (SCHWARCZ, [1993] 2015). 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 leis (SCHWARCZ, [1993] 2015, p.249)”.

---

<sup>19</sup> “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 metafísica”, “distantes do subjetivismo”, viviam esses intelectuais a certeza de estarem construindo não somente novas teorias, mas também uma nova nação (SCHWARCZ, [1993] 2015, p196)”.

O art.167 da Constituição Imperial de 1824 previa a existência de Câmaras Municipais<sup>20</sup> 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. “Nestas Posturas, o objetivo do Governo Municipal não era só manter a tranquilidade e segurança dos habitantes, mas promover a saúde da população (MACHADO *et al*, 1978,p.184)”.

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 Pública (PAIM, 2009)<sup>21</sup>.

## **1.2 A SOCIEDADE DE MEDICINA CIRURGICA 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<sup>22</sup> 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

---

<sup>20</sup> “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 Brasil (PAIM,2009,p.25-26)”.

<sup>21</sup> “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 fábricas (PAIM, 2009, p.26)”.

<sup>22</sup> “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 de 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 científicos (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO, 1997, p.478)”.

urbanos<sup>23</sup>. “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 social (MACHADO *et al*,1978, p.186)”.

É importante destacar que sob a influência dessa associação médica, 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 conteúdo, afirma MACHADO *et al* (1978).

Com o advento da Sociedade de Medicina, há uma projeção da posição e importância do saber médico, bem como da virtude do médico, criando, no dizer de MACHADO *et al* (1978), a figura do charlatão como desvio. “O projeto médico defende e justifica uma sociedade medicalizada, lutando por uma posição em que o direito, a educação, a política, a moral seriam condicionadas a seu saber (MACHADO *et al*, 1978, p.194)”.

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 povo (MACHADO *et al*, 1978, p.195)”. A figura do charlatão, criticada e denunciada pela ofensiva da Sociedade de Medicina e da Academia Imperial de Medicina<sup>24</sup>, 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 saúde (MACHADO, *et al*,1978, p.199)”.

Entretanto, conforme o entendimento de ENGEL (2001), as concepções expressas pelos médicos da Academia Imperial de Medicina e da Faculdade de

---

<sup>23</sup> “Através, sobretudo, de suas Comissões Permanentes, a Sociedade de Medicina elabora o saber da nascente medicina social brasileira e planeja sua implantação na sociedade (MACHADO *et al*,1978,p.186)”.

<sup>24</sup> “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 (FERREIRA; MAIO; AZEVEDO,1997,p.480)”.



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 direta:

“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 delírio (ENGEL, 2001,p.122).”

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. Salienta ENGEL (2001) que 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 medicina. “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 alienados (ENGEL, 2001,p.125)”.

A Irmandade da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro<sup>25</sup>, regida pela 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.

De acordo com Jacqueline Cabral (2000), 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

---

<sup>25</sup> 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, 1902 (CABRAL, 2000).

Jesus, que chegara ao Brasil na esquadra do segundo governador-geral, Duarte da Costa, em 1553.

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 interesses (CABRAL, 2000).

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 1907, afirma Jacqueline Cabral (2000). 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<sup>26</sup>.

Segundo COSTA ([1976] 2006), 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 Janeiro<sup>27</sup>, 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 Misericórdia:

“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

---

<sup>26</sup> “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 Misericórdia (COSTA, [1976], 2006, p.33)”. 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. Finalmente, não havia médico especialista e os enfermeiros não tinham qualificação alguma, além de estarem sempre em rodízio pelo hospital. (MACHADO *et al* 1978, p. 377-378)”.

<sup>27</sup> 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.

qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente (COSTA, [1976] 2006, p.33-34)”.

Nesse processo de transformação da loucura em doença mental, distinguindo-se de outras áreas médicas, a psiquiatria surge como especificidade de tratamento<sup>28</sup>. O saber médico aplicado ao projeto de patologizar o louco e torná-lo medicalizável:

“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, medicalizável (MACHADO *et al*, 1978, p.376)”.

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 história (MACHADO *et al*, 1978).

Em análise comparada, na França, em 1838<sup>29</sup>, 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 mentais<sup>30</sup>. “Esse documento se configurou

---

<sup>28</sup> 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 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 Cesaréia, 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 (AMARANTE, 2007).

<sup>29</sup> 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.

<sup>30</sup> Acerca dos estudos sobre o processo de medicalização da loucura durante a transição dos séculos XVII/XVIII e o XIX no cenário europeu, bem como sua apropriação pelo saber médico especializado,

na mais importante referência legal para os países ocidentais por mais de um século e trazia como princípio básico a necessidade do isolamento do louco, para tornar possível seu tratamento (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p.42).”.

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”, 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<sup>31</sup>, assinado pelo Imperador D. Pedro II tinha por finalidade fundar o primeiro hospital destinado, privativamente, para tratamento de alienados, com a denominação de Hospício de Pedro II<sup>32</sup>.

Tratava-se de 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 Santa Casa e pela contribuição discricionária de D. Pedro II cumpriria a função de higiene pública<sup>33</sup>.

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 social (MACHADO *et al*, 1978).

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

---

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 (1978) e CASTEL (1978).

<sup>31</sup> “A historiografia da psiquiatria no Brasil, produzida tanto por uma história tradicional quanto por autores alinhados com a história social ou cultural, é uníssonos 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 II (VENANCIO, 2011, p.37)”.

<sup>32</sup> Primeiro hospital de doentes mentais do Brasil. 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 medicina (MACHADO *et al*, 1978).

<sup>33</sup> “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 disciplina. (MACHADO *et al*, 1978, p.379)”.

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<sup>34</sup> destinado para asilo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Império, sem distinção de condição, naturalidade e religião ( art.1º do Decreto n. 1.077)<sup>35</sup>.

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 arbitrariedade (STOCKINGER, 2007).

Além disso, ficou evidente a equiparação jurídica da gestão administrativa do Hospício com a da Santa Casa de Misericórdia (art.2º do Decreto n. 1.077). Quanto à administração do Hospício de Pedro II, ficou instituída a direção por três irmãos - 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 Provedor (art.3º do Decreto n. 1.077).

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 diretor<sup>36</sup>, além de clínicos de cirurgia e medicina, auxiliados por irmãs da caridade,

---

<sup>34</sup> “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 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 nascente (MACHADO *et al*,1978,p.429-430)”.

<sup>35</sup> “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 médicos (MACHADO *et al*,1978,p.430)”.

<sup>36</sup> “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 (MACHADO *et al*,1978,p.431)”.

enfermeiro(a)s<sup>37</sup> e serventes e um farmacêutico, chefe da farmácia. Já as atribuições religiosas ficariam a cargo dos capelães (art.4º do Decreto n. 1.077).

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 possuíssem 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 pensionistas (art. 5º do Decreto n. 1.077).

Nota-se que desde a regulação jurídica (Estatuto) do funcionamento do processo de admissão ao Hospício havia uma discriminação, 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 Estado (MACHADO *et al*,1978).

Ninguém era admitido como pensionista sem a ciência das respectivas famílias<sup>38</sup>, dos tutores, dos curadores, ou senhores, sendo escravos, bem 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

---

<sup>37</sup> “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 (MACHADO *et al*,1978,p.437)”.

<sup>38</sup> “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 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 (MACHADO *et al*,1978,p.431)”.

despesas de vestuário dos alienados corriam por conta própria, pagando o preço que se ajustasse, segundo o estado da alienação mental (art.7º do Decreto n. 1.077).

Os alienados militares, tanto do Exército quanto da Armada, atual Marinha do Brasil, eram direcionados às autoridades competentes e ingressavam 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 classe (art.8º do Decreto n. 1.077).

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 Casa (art.9º do Decreto n. 1.077).

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 público (art. 10 do Decreto n. 1.077)<sup>39</sup>.

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 tabelião (art.11 do Decreto n. 1.077)<sup>40</sup>.

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

---

<sup>39</sup> 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 internado (MACHADO *et al*,1978).

<sup>40</sup> Os Estatutos, portanto, não davam ao médico poder absoluto sobre o louco e preservavam a possibilidade de outras instâncias sociais decidirem sobre ele (MACHADO *et al*,1978).

parecer motivado, fundamentando suas observações e consignando-as em livro que a juízo do Provedor ordenaria seu ingresso ou sua saída (arts.12 e 13 do Decreto n. 1.077).

Sempre que algum alienado fosse internado sem o diagnóstico de julgamento da sua demência e demorasse 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 direito (art.14 do Decreto n. 1.077).

Para evitar os abusos que pudessem ocorrer na detenção indevida dos alienados, diagnosticando-os como alienados, sem estarem acometidos pela alienação mental, além de 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 alienados, fazendo as investigações que julgassem convenientes por si mesmo a fim de conhecer a verdadeira posição do estado mental de cada alienado (art.15 do Decreto n. 1.077).

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 vencidas (art.16 do Decreto n. 1.077).

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 órfão (art.17 do Decreto n.1.077).

Os alienados eram distribuídos dentro do Hospício em duas divisões: uma compreendendo todos os indivíduos do sexo masculino e outra com os do sexo feminino (art.18 do Decreto n.1.077)<sup>41</sup>.

Os alienados indigentes e os pensionistas da última classe eram distribuídos da seguinte forma: (a) tranquilos e limpos, (b) agitados<sup>42</sup>, (c) imundos<sup>43</sup> e (d) de afetados

---

<sup>41</sup> “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 sexos (MACHADO *et al*,1978,p.432)”.

<sup>42</sup> “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



por moléstias acidentais. Já os pensionistas das primeiras duas classes eram subdivididos em (a) tranquilos e (b) agitados (art. 19 do Decreto n.1.077).

Tais classificações poderiam ser alteradas de acordo com os clínicos do Hospício, autorizadas pelo provedor, sempre que fosse útil ao serviço e tratamento de doentes (art.20 do Decreto n. 1.077)<sup>44</sup>. 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 substituído (art.21 do Decreto n.1.077).

Dentre os serviços sanitários exercidos pelos clínicos, estavam a direção e prescrição de todo o tratamento e curativo dos alienados existentes nas enfermarias e a regulação da instrução, da ocupação do trabalho e recreio dos alienados em intervalos fixos (art.22, 1º e 2º do Decreto n. 1.077)<sup>45</sup>.

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 merecessem (art.22, 3º do Decreto n. 1.077). Havia ainda a possibilidade de concessão de licença para que os alienados fossem visitados pelos seus parentes e amigos (art.22, 4º do Decreto n. 1.077)<sup>46</sup>.

Caso houvesse falecimento dentro do estabelecimento, a área clínica deveria especificar as causas certas ou prováveis da morte (art.22, 5º do Decreto n. 1.077). Os clínicos, no ato de concessão da saída do Hospício, deveriam declarar o estado mental

---

normativo, a presença de “casas forte” com tais características aparece como obstáculo à prática recuperadora (MACHADO *et al*,1978,p.453-454)”.

<sup>43</sup> “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 especificidade (MACHADO *et al*,1978,p.454)”.

<sup>44</sup> “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 acrescentadas. (MACHADO *et al*,1978,p.434)”.

<sup>45</sup> “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 social (MACHADO *et al*, 1978,p.442)”.

<sup>46</sup> “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 pacífico (MACHADO *et al*, 1978,p.444-445)”.

dos egressos e indicar, por escrito, às pessoas responsáveis pelos alienados os preceitos e cautelas que deveriam ser observadas para prevenir as recaídas (art.22, 6º do Decreto n. 1.077).

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 requerido (art.22, 7º do Decreto n. 1.077). 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 pública (art.22, 8º do Decreto n. 1.077).

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 geral (art.22, 9º do Decreto n.1.077).

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 comportamento (MACHADO *et al*,1978,p.433-434)”.

A dieta alimentar dos alienados era prescrita pelos respectivos clínicos, que estavam obrigados a respeitar as tabelas anexadas ao Estatuto do Hospício (art.23 do Decreto n. 1.077).

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 estabelecimento (art.24 do Decreto n. 1.077).

A casa de banho estava disposta e preparada para a possibilidade de administrar aos enfermos banhos higiênicos e medicinais (art.25 do Decreto n. 1.077). Quanto à disciplina, os alienados eram vigiados<sup>47</sup>, assiduamente, de forma que estivessem sempre

---

<sup>47</sup> “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 permanente (MACHADO *et al*, 1978,p.435)”.

limpos e asseados, e em virtude da ordem, não existissem discussões e distúrbios dentro do estabelecimento (art.26 do Decreto n. 1.077).

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<sup>48</sup> e no serviço doméstico do estabelecimento, nos jardins e chácaras<sup>49</sup> 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 Hospício (art.27 do Decreto n. 1.077)<sup>50</sup>.

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 habilitados (art.28 do Decreto n. 1.077). As matérias primas dos serviços contratados eram recebidas pelo administrador do Hospício e por ele entregues depois da execução aos respectivos fornecedores (art.29 do Decreto n. 1.077).

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

---

<sup>48</sup> “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 cura (VENANCIO, 2011, p.36)”.

<sup>49</sup> “Havia aqueles que trabalhavam nas chácaras, mas existia o perigo da evasão. Improdutivos e ociosos, os alienados não encontravam, no Hospício, meios de cura (MACHADO *et al*,1978,p.469)”.

<sup>50</sup> “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 tratamento (MACHADO *et al*, 1978,p.440-441)”.

outra da Irmã Superior das Irmãs da caridade – que, posteriormente, seria entregue aos alienados, a parte de cada um, quando saíssem curados (art. 30 do Decreto n. 1.077)<sup>51</sup>.

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 clínico (art. 32 do Decreto n. 1.077). Os referidos meios de repressão só poderiam ser determinados pelo clínico que estivesse responsável pelo alienado (art.33 do Decreto n. 1.077)<sup>52</sup>.

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 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 alienados (art. 34 do Decreto n. 1.077)<sup>53</sup>. Além disso, nenhum papel manuscrito ou impresso destinado aos alienados poderia ser recebido no Hospício sem a prévia licença do clínico (art.35 do Decreto n.1.077).

O provedor da Santa Casa da Misericórdia era o responsável para 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

---

<sup>51</sup> 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).

<sup>52</sup> “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 hospício (MACHADO *et al*,1978, p.430)”.

<sup>53</sup> “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 asilar (MACHADO *et al*,1978, p.431-432)”.

anos de execução, com as alterações que a prática mostrasse necessárias (art. 36 do Decreto n. 1.077). Esse evento é o marco inicial da psiquiatria brasileira, como parte de um projeto sanitarista para a realidade social:

“Em 1830, os médicos para solucionar o problema dos alienados abandonados a sua 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 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 Janeiro (YASUI, 2010, p.26)”.

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 proposta por LUZ (2006) 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<sup>54</sup>.

Nuno de Andrade<sup>55</sup>, médico generalista, primeiro professor da cadeira de clínica das moléstias mentais, em 1881, propôs a separação do Hospício em relação à Santa

---

<sup>54</sup> “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 Bocaiúva. 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 morte (LUZ, 2006, p.80)”.

<sup>55</sup> 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

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 mordomo (MACHADO *et al*, 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 sociedade (LUZ, 2006).

A grande realização da psiquiatria, na época da sua constituição, foi o hospício como poder disciplinar que em meados do século XIX, notou-se 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 pessoas (MACHADO *et al*, 1978).

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<sup>56</sup>. Nesse sentido, as críticas não estavam voltadas para a figura do

---

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 (ENGEL, 2001, p.134-136)”.

<sup>56</sup> 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

psiquiatra<sup>57</sup>, mas eram denunciados os obstáculos institucionais e jurídicos de uma gestão médico-administrativa (MACHADO *et al*,1978).

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<sup>58</sup>. Teixeira Brandão, fundador do Hospício de Pedro II, notou que havia um monopólio do poder e da informação por parte das religiosas, além do emprego da força física na relação com os alienados por parte dos enfermeiros contra os médicos (MACHADO *et al*,1978).

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<sup>59</sup>.

Assim, a década de 1880 será marcada pela crítica à insuficiência do Hospício de Pedro II, pois “não pode haveria medicalização do hospício, sem a medicalização da sociedade (MACHADO *et al*,1978,p.480)”.

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 sequestro do alienado. Era a reivindicação do mandato social da psiquiatria para exercer o poder de polícia sobre o louco.

---

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

<sup>57</sup> “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 mental (MACHADO, *et al*, 1978,p.458)”.

<sup>58</sup> “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 evasão (MACHADO, *et al*, 1978, p.460)”.

<sup>59</sup> “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 generalistas (COSTA, [1976] 2006, p.34)”.

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 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 da pessoa que é incapaz de gerir sua pessoa e seus bens. A relação louco-família, portanto, fundava-se na arbitrariedade (MACHADO *et al*, 1978).

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 estructure 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-científica (MACHADO *et al*, 1978,p.472)”.

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 regulamento (MACHADO *et al*,1978).

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 arbitrário (MACHADO *et al*,1978,p.482).”

As alterações no arcabouço jurídico assumem grande importância nesse processo proposto por Teixeira Brandão, uma vez que era preciso 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 realidade (MACHADO *et al*,1978,p.483)”.

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 portos (PAIM,2009).

#### **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 integro 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 assistência (LOUGON, 2006).

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 esses (art.1º do Decreto n. 206-A).

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 hospícios (art.2º do Decreto n. 206-A). 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 asilo (art.3º do Decreto n. 206-A).

As colônias Conde de Mesquita e de São Bento eram, exclusivamente, reservadas aos alienados indigentes, capazes de executarem o labor 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 1888<sup>60</sup>, cuja arrecadação continuaria a ser feita pelo mesmo modo até então (art.4º do Decreto n. 206-A).

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 destinada (art.5º do Decreto n. 206-A).

Competia ao diretor: (a) a superintendência em todos os serviços do asilo e, mais especificadamente, as admissões e saídas dos doentes, transferências entre os asilos, a distribuição dos enfermos por seções, a higiene dos estabelecimentos e a polícia dos

---

<sup>60</sup> 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 artigo 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.

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 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 secretaria(art.6º do Decreto n. 206-A). .

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 asilo (arts.7ºe 8º do Decreto n. 206-A). 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 realizasse (art.8º,§1º do Decreto n. 206-A). .

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 famílias dos doentes ou quem as represente, (d) organizar os mapas estatísticos e arquivar, por ordem cronológica, os processos de admissões (art.8º,§2º do Decreto n. 206-A).

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 Nacional (art.9º e 10 do Decreto n. 206-A).

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 pagamento (art. 11 do Decreto n. 206-A).

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 ingresso de alienados por *ex-officio* ou voluntária ou definitivamente. Havia um livro de admissão e outro de registro clínico (arts. 13 e 14 do Decreto n. 206-A).

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 reclusão (art. 14,§1º do Decreto n. 206-A).

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 demência (art. 14,§2º do Decreto n. 206-A).

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 curador (art. 14,§3º do Decreto n. 206-A). 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 doente (art. 15 do Decreto n. 206-A).

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 pensionista (art. 15,§1º do Decreto n. 206-A).

Caso a reclamação do diretor não fosse atendida prontamente, ele deveria levar o fato ao conhecimento do promotor público e do chefe de polícia (art. 15,§2º do Decreto n. 206-A). Era condição indispensável à submissão ao exame de sanidade, para o ingresso definitivo no asilo, caso não tivesse passado por esse processo antes da admissão provisória (art. 15,§3º do Decreto n. 206-A). O diretor deveria oficiar ao Juiz de Órfãos, remetendo uma lista com o nome dos doentes nessas condições (art. 15,§4º do Decreto n. 206-A).

O alienado pensionista deveria ter uma carta de fiança garantindo o pagamento das despesas durante o tempo de permanência no asilo (art. 15,§5º do Decreto n. 206-A). Se fosse alienado estrangeiro, seria necessária, para sua admissão, a autorização do cônsul ou outra autoridade do seu país (art. 15,§6º do Decreto n. 206-A). No caso dos brasileiros, as requisições eram feitas pelos governadores ou pelos chefes de polícia a que pertencesse o alienado (art. 15,§7º do Decreto n. 206-A). Na hipótese de alienado militar, com a requisição do respectivo superior (art. 15,§8º do Decreto n. 206-A). Todos esses documentos eram selados e com firma reconhecida (art. 15,§9º do Decreto n. 206-A).

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 admissão (art. 17 do Decreto n. 206-A). 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 responsabilidade (art. 17,§1º do Decreto n. 206-A).

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 convalescência (art. 17, §§ 2º e 3º do Decreto n. 206-A).

Todos os asilos, que constituíam a assistência dos alienados, ficariam sob a superintendência de um diretor geral que coordenaria todo o serviço médico e administrativo (art.18 do Decreto n. 206-A). Cada asilo organizava, anualmente, um orçamento conforme a sua população e necessidade (art.19 do Decreto n. 206-A). A escrituração e contabilidade de cada asilo eram lançadas em livros especiais, de forma a identificar as receitas e despesas de cada alienado (arts. 20 e 21 do Decreto n. 206-A).

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 agrícola (art. 22 do Decreto n. 206-A).

O serviço de portaria, com caráter disciplinar, era o responsável pelo controle espacial dentro do asilo. A entrada principal era, diariamente, aberta às 5 horas da manhã no verão e às 6 horas no inverno e fechava às 20:00 horas (art. 23 do Decreto n. 206-A) ; 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 competente (art. 24 do Decreto n. 206-A).

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 farmacêutico (art. 25 do Decreto n. 206-A). Os médicos poderiam ser internos, aqueles que residiam nos estabelecimentos em que prestavam serviços clínicos, além do trabalho de fiscalização, cumpriria todos os deveres dos médicos externos no que tange ao tratamento moral e médico (art. 26 do Decreto n. 206-A).

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 autópsia 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 expressem 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 tratamento (art. 27 do Decreto n. 206-A).

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, (e) 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 asilo (art. 28 do Decreto n. 206-A). Os farmacêuticos tinham por obrigações principais o preparo dos medicamentos com zelo, a organização administrativa e limpeza da farmácia (art. 29 do Decreto n. 206-A).

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 doentes (art. 30 do Decreto n. 206-A).

Os enfermeiros eram escolhidos entre os serventes ou ajudantes de enfermeiros (art. 31 do Decreto n. 206-A). O serviço econômico ficava a cargo de um administrador, auxiliado pelos empregados da despensa, cozinha, lavanderia, rouparia, oficinas, jardins, terreno de cultivo e estábulo (art. 32 do Decreto n. 206-A).

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 estabelecimento (art. 33 do Decreto n. 206-A).

Em relação à gestão dos gêneros alimentícios, na despensa 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 despensa era proibido de receber gêneros alimentícios sem a guia que constasse a qualidade, quantidade e peso, cabendo realizar essa fiscalização (arts. 34 e 35 do Decreto n. 206-A).

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 costura (arts. 36 e 37 do Decreto n. 206-A).

Na lavanderia, o encarregado tinha a competência de dirigir e fiscalizar os serviços, cuidando da lavagem de roupas das enfermarias, dormitórios, quartos, cozinhas e refeitórios (art.38 do Decreto n. 206-A). 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 peças (art.39 do Decreto n. 206-A).

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 administrador (art.40 do Decreto n. 206-A).

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 contrário (art.42 do Decreto n. 206-A).

Em uma análise comparativa entre o Estatuto do Hospício de Pedro II e os Decretos n. 142-A e 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 competências decorrentes dos cargos do quadro funcional do Hospício como, por exemplo, de diretor da Assistência Médico-Legal.

Além disso, passou a existir 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 que no futuro fossem criados pelo Governo na Capital Federal – Rio de Janeiro, à Assistência Médico-Legal que tinha por finalidade<sup>61</sup>, além de socorrer gratuitamente ou mediante retribuição, atender os indivíduos de ambos os sexos, não estabelecendo distinção de nacionalidade entre os enfermos de alienação mental (art.1º do Decreto n.508).

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 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

---

<sup>61</sup> Finalidade estabelecida desde o art.1º do Decreto n. 206- A.

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 asilos<sup>62</sup>, 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 interessantes feitas durante o ano e de uma exposição referente à economia dos mesmos estabelecimentos (art.4º do Decreto n.508)<sup>63</sup>.

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

---

<sup>62</sup> O Decreto n.206-A não trazia a exigência de comprovação em estudos de psiquiatria, apenas atividade em medicina.

<sup>63</sup> 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.

Assistência Médico-Legal. E nas ocasiões de impedimentos prolongados, seria substituído por médico nomeado pelo Ministro do Interior (art.5º do Decreto n.508).

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 correio (art.6º do Decreto n.508). 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<sup>64</sup>, 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 Nacional, bem como a entrega mensal ao Tesouro, da renda proveniente das contribuições dos enfermos e o produto de verbas de pequeno valor (art.7º do Decreto n.508).

O chefe da secretária 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, tinha por função comunicar a 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.

---

<sup>64</sup> 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).

Era imbuído da organização administrativa e financeira, com as funções contábeis previstas no art.8º do Decreto n.508<sup>65</sup>.

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 geral (art.9º do Decreto n.508). Aos demais empregados da secretaria era exigido que se cumprisse com zelo, inteligência e prontidão os trabalhos distribuídos pela chefia (art.10 do Decreto n.508). A função de cobrador (art.11 do Decreto n.508) 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 Nacional<sup>66</sup>.

As funções do porteiro estavam previstas no art.72 do Decreto n.508 e ao correio cabia entregar as correspondências e outras diligências próprias (art.12 e 13 do Decreto n.508). O horário de funcionamento do expediente na secretária da Assistência Médico-Legal, nos dias úteis, era de 9:00 às 15:00<sup>67</sup>, com possibilidade de prorrogação caso houvesse necessidade em decorrência do trabalho (art.14 do Decreto n.508).

Em relação à estrutura do serviço sanitário (art.18 do Decreto n.508), o grupo era composto de três médicos externos, um chefe do gabinete eletro-terápico<sup>68</sup>, dois médicos internos<sup>69</sup>, alunos da Faculdade de Medicina, um farmacêutico e um ajudante, um enfermeiro-mor<sup>70</sup>, um conservador do gabinete e enfermeiros e irmãs de caridade.<sup>71</sup>

Competia aos médicos externos (art.19 do Decreto n.508), visitar, diariamente, às 8 horas da manhã, as subdivisões a seu cargo, e prescrever o tratamento para os

---

<sup>65</sup> Em menor escala, as atividades relacionadas ao controle administrativo eram executadas pelo secretário no Hospital Nacional dos Alienados cf. art. 8º, §2º do Decreto n. 206-A.

<sup>66</sup> O chefe de secretaria da assistência do Hospital Nacional dos Alienados era o responsável pelas cobranças financeiras a serem recolhidas ao Tesouro Nacional cf. art. 11 do Decreto n.206- A.

<sup>67</sup> 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). 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.

<sup>68</sup> 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).

<sup>69</sup> Aos médicos internos, além das atribuições previstas no artigo 28 do Decreto n.206-A, caberia também o registro das notas relativas às autopsias (art.22 do Decreto n.508 de 1890).

<sup>70</sup> O enfermeiro-mor e os demais enfermeiros eram auxiliares do serviço médico (art.25 do Decreto n.508 de 1890).

<sup>71</sup> 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 (art.25 e 26 do Decreto n. 206-A de 1890).

enfermos.<sup>72</sup> Havia previsão de concurso para os cargos de médicos externos, à medida da vacância (art.20 do Decreto n.508).

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 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 Medicina (art.20, parágrafo único do Decreto n.508).

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 secretaria<sup>73</sup>. Havia também a previsão de criação do Museu Anatomo-Patológico logo que fosse possível (art.27 do Decreto n.508).

O Hospício Nacional era o único a receber alienados pensionistas (art.28 do Decreto n.508), 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 se verificasse a alienação nos termos do § 7º do art. 19 do Decreto n. 508 de 1890<sup>74</sup>. 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 enfermos (art.30 do Decreto n.508).

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 de alienados contribuintes seriam

---

<sup>72</sup>Para os deveres dos médicos internos do Hospital dos Alienados ver art. 27 do Decreto n.508 de 1890.

<sup>73</sup>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) que não constava no Decreto n. 206-A.

<sup>74</sup>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.

autorizadas pelo diretor geral da Assistência Médico-Legal, mediante requerimento<sup>75</sup>, ou por efeito de requisição de autoridade militar<sup>76</sup>, se o enfermo fosse oficial ou praça do Exército, da Armada ou do regimento policial (art. 31 do Decreto n.508).

Tinham competência para requerer a admissão o ascendente ou descendente, o cônjuge, o tutor ou curador e o chefe de corporação religiosa ou de beneficência (art.32 do Decreto n.508). 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 sanidade (art.33 do Decreto n.508)<sup>77</sup>.

Os enfermos indigentes só poderiam sair do Hospício depois de restabelecidos, salvo se o diretor geral concedesse licença. Quanto aos enfermos pensionistas<sup>78</sup>, eles, porém, poderiam ser retirados em qualquer tempo pelas pessoas que tivessem requerido a admissão, e, na falta destas, pelos parentes ou curadores<sup>79</sup>.

Diferentemente do Decreto 206-A que não tratava sobre a classificação dos alienados mentais, a partir do financiamento da internação, o Decreto n.508 de 1890 realizou essa classificação (art.37) do tratamento no Hospício Nacional de acordo com as categorias: (a) pensionistas, 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 Justiça<sup>80</sup> ou pelos Estados e (c) gratuitos<sup>81</sup>.

---

<sup>75</sup> Admissão voluntária prevista no art. 14,§2º do Decreto n.206-A.

<sup>76</sup> Admissão *ex-offício* com previsão no art.14, §1º do Decreto n.206-A.

<sup>77</sup> 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). Medida também prevista no art.15,§4º do Decreto n.206-A. 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).

<sup>78</sup> A saída do enfermo pensionista também estava prevista no art. 17,§1º do Decreto n.206-A.

<sup>79</sup> 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.

<sup>80</sup> Os enfermos enviados pelos Ministérios contribuíam da seguinte forma: os oficiais com o meio soldo mensal e os praças com 640 rs diários (art.38 do Decreto n.508). 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).

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 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 classes (art.40 do Decreto n.508). 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 serviço<sup>82</sup>, (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 geral (art.43 do Decreto n.508).

A roupa dos enfermos pensionistas poderia ser lavada na casa dos seus familiares. Caso fossem lavadas no Hospício<sup>83</sup>, os pensionistas deveriam pagar, mensalmente, de acordo com a classe (art.46 do Decreto n.508). Quanto à organização e estrutura do Hospital Nacional dos Alienados, os enfermos deveriam ser separados por sexo, condicionados em duas grandes divisões<sup>84</sup> 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 acometidos (art.47 do Decreto n.508).

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 aperfeiçoados (art.49 do Decreto n.508). Em razão da localização geográfica do Hospício Nacional dos Alienados, poderia ser permitido aos enfermos o uso dos banhos de mar, a salvo de acidentes (art.50 do Decreto n.508).

---

<sup>81</sup> Os enfermos cujos parentes, tutores ou curadores, não puderem 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).

<sup>82</sup> 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).

<sup>83</sup> Previsão de lavanderia no art.37 do Decreto n. 206-A. O Decreto n.508 de 1890 apresentou na redação 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.

<sup>84</sup> 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).

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 geral (art.86 do Decreto n.508). Em relação à realização de trabalho pelos internos, o diretor geral do estabelecimento era o responsável por submetê-los, de acordo com suas aptidões (art.51 do Decreto n.508).

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 alienados (art.52 do Decreto n.508). As refeições seriam servidas três vezes por dia e aos enfermos acometidos de moléstias comuns seriam proporcionadas, porém, as dietas prescritas (art.53 do Decreto n.508). Os serviços dos refeitórios eram realizados por irmãs de caridade, auxiliadas por serventes, conforme a seção a que pertencerem (art.66 do Decreto n.508).

Quanto ao regime disciplinar e a manutenção da ordem no espaço hospitalar, o diretor geral poderia recorrer, as 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 força<sup>85</sup>. Toda a escrita produzida pelos enfermos e correspondência recebida deveria passar pelo controle da administração hospitalar (art.55 do Decreto n.508)<sup>86</sup>.

Quanto à visitação dos enfermos indigentes, ela 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 do dia, caso não houvesse oposição, em razão do tratamento, do médico responsável pelo interno (art.56 do Decreto n.508). No caso das Colônias, a regulamentação estava prevista no art.87 do Decreto n.508, em 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 equânime<sup>87</sup>.

---

<sup>85</sup> 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).

<sup>86</sup> No caso das Colônias, o disposto era o mesmo (ver art.88 do Decreto n.508 de 1890).

<sup>87</sup> 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).



Como medida prescritiva para o tratamento dos alienados, as oficinas poderiam funcionar de acordo com a conveniência do diretor geral (art.57 do Decreto n.508).

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 encomendas (art.58 do Decreto n.508).

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 como moralizador e disciplinador (LOUGON, 2006).

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 geral (arts.59 e 60 do Decreto n.508).

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 estabelecimento (art.61 do Decreto n.508). Em relação à divisão feminina, a supervisão ficava a cargo da irmã de caridade superior (art.62 do Decreto n.508)<sup>88</sup>.

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 ofício (arts 90 e 91 do Decreto n.508). Quanto à gestão do serviço econômico interno do Hospício, o art.63 do Decreto n.508 de 1890, apresentava as

---

<sup>88</sup> 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.

funções do administrador, encarregado inclusive dos transportes do Hospício Nacional dos Alienados<sup>89</sup>.

Além disso, como guardião dos materiais (art.70 do Decreto n.508), 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 trabalho (art.71 do Decreto n.508).

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 caixões (art.94 do Decreto n.508).

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<sup>90</sup>.

A estrutura da Colônia seria composta por um diretor, um médico, um almoxarife<sup>91</sup>, um escriturário<sup>92</sup> 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 indispensáveis (art.79 do Decreto n.508).

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. Quanto ao dormitório, os enfermos alienados deveriam observar todos os preceitos da higiene (art.84 do Decreto n.508).

Em relação às refeições, elas deveriam ser distribuídas, na medida do possível, de acordo com o que estiver estabelecido para o Hospício (art.85 do Decreto n.508).No

---

<sup>89</sup> 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).

<sup>90</sup> “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 indigentes (VENANCIO,2011,p.38)”.

<sup>91</sup> Competências descritas no art.92 do Decreto n.508.

<sup>92</sup> Competências regulamentadas no art.93 do Decreto n.508.

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 serviços (art.95 do Decreto n.508).

O art.99 do Decreto n.508 apresentava o direito ao serviço religioso para as famílias dos enfermos nos últimos momentos de vida, possibilitando a celebração de atos religiosos pelos sacerdotes e pastores da religião que pertencerem. Quanto 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 alienados (art.100 do Decreto n.508).

Quanto à Colônia, a visita seria permitida pelo diretor geral e pelo diretor das colônias (art.101 do Decreto n.508). 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 1890<sup>93</sup>.

## **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 militares (art.1º do Decreto n.791).

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 a pátria.

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

---

<sup>93</sup> 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.

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, em que 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 ficavam 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.

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 improvisado 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 enfermarias.

Quanto ao quadro organizacional das disciplinas, os cursos teóricos seriam aplicados três vezes por semana, em seguida à visita as enfermarias, e eram dirigidos pelos médicos internos e inspetoras, sob a fiscalização do médico e superintendência do diretor geral (art. 3º do Decreto n.791).

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 costumes (art.4º do Decreto n.791).

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 designado (art.4, parágrafo único do Decreto n.791).

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 “pressão” em hospitais mantidos pelo Estado, em razão dos deveres a ela inerentes, se abonaria uma pensão proporcional ao ordenado que perceberem (art.5 do Decreto n.791).

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 Alienados (art. 6º do Decreto n.791).

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 vigentes (art.7º do Decreto n.791). Enquanto permanecerem no estabelecimento, os

alunos ficariam sujeitos às penas disciplinares impostas nas instruções do serviço interno aos respectivos empregados (art.8º do Decreto n.791).

### **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. A cada peça anatômica deveria acompanhar 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 criação 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.

## **2.4 ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS NA REGULAÇÃO JURÍDICA DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-LEGAL.**

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 alienados (LOUGON, 2006, p.53)”.

Nesse sentido, o art.1º do Decreto n.896 reafirmou a previsão contida nos artigos primeiros dos Decretos 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.896<sup>94</sup>.

Na hipótese de impedimento repentino do diretor geral da Assistência, o art.4º do Decreto n.896 retomou a redação do art.5º do Decreto n.508. Quanto à composição da diretoria da Assistência estabelecida no edifício do Hospício Nacional a previsão do art.5º do Decreto n. 896 correspondia ao art.6º do Decreto n.508.

O art.6º do Decreto n.896 tratava sobre as competências do secretário de maneira mais detalhada do que a previsão do art.10 do Decreto n.508, especificando as atividades que outrora foram designadas, exclusivamente, ao chefe da secretaria (arts. 7º a 9º do Decreto n.508). O art.7º do Decreto n.896 institui a figura do contador, de modo

---

<sup>94</sup> O art.4º do Decreto n.508 trata sobre as competências do diretor da Assistência Médico-Legal.

inédito, com um rol significativo de competência e importância no controle financeiro da Assistência Médico-Legal (art.8º a art.10 do Decreto n.896)<sup>95</sup>.

De modo similar ao cobrador previsto no art.11 do Decreto n.508, havia a previsão dessa função no art. 11 do Decreto n. 896. Quanto ao serviço de portaria o art.12 do Decreto n.896 reforçou as determinações do art.72 do Decreto n.508. Em relação ao Hospício Nacional e ao Serviço Sanitário, a art.14 do Decreto n.896 apresentou a estrutura organizacional composta de três médicos<sup>96</sup>, 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.

Quanto 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.<sup>97</sup> Uma vez já regulada a existência e a estrutura do *Museu Anatomo-Patológico*, o Decreto n.896 apresentou detalhes do funcionamento do estabelecimento. Por disposição normativa, o Museu estaria aberto, das 9:00 da manhã as 14:00, todos os dias úteis (art. 24,§1º do Decreto n.896). 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, já estava disposto no Decreto n.1.180 de 1890.

Em relação à Escola de Enfermagem destinada a preparação de enfermeiro(a)s para os hospícios e hospitais civis e militares, a composição da grade curricular e seu funcionamento semanal ( art.25, §§1º e 2º do Decreto n.896) tinha previsão no art. 3º do Decreto n.791. Quanto aos requisitos de admissibilidade, o Decreto n.896 estabeleceu 14 anos a idade mínima (art.25, § 3º do Decreto n.896)<sup>98</sup>, permanecendo as demais diretrizes de organização e funcionamento da estrutura da Escola de Enfermagem.

---

<sup>95</sup> 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.

<sup>96</sup> Competências do médico previstas no art.15 do Decreto n.896.

<sup>97</sup> Previsão já contida no art.20, parágrafo único do Decreto n.508. O art. 17 do Decreto n.896 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.

<sup>98</sup> O art.4º do Decreto n. 741 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.



Quanto à admissão e classificação dos alienados em categorias e classes, o Decreto n. 896 estabeleceu no art. 26 que o Hospício Nacional era o único estabelecimento a receber internos pensionistas, ressalvando a reserva de um pavilhão destinado aos doentes em observação, pelo qual também transitariam os doentes gratuitos<sup>99</sup>.

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 justiça<sup>100</sup>. A divisão dos internos por categorias não foi alterada pelo art.35 do Decreto n.896 que conservou a redação do art.37 do Decreto n.508<sup>101</sup>.

Quanto à higiene asilar e ao regime de sanção disciplinar aplicado aos internos, as determinações dos arts 44 a 53 do Decreto n.896 correspondem às diretrizes dos arts 47 a 56 do Decreto n. 508. Já em relação à prática nas oficinas, o art. 59 do Decreto n.896, de modo diverso do que dispõe o art. 62 do Decreto n. 508, 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 caridade<sup>102</sup>.

O art. 60 do Decreto n.896 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 sanitário<sup>103</sup>.

Em relação à Colônia, o regime administrativo da estrutura hospitalar não foi alterado correspondendo às previsões do Decreto n.508, bem como às disposições gerais do Decreto n.896. Assim, ficava evidente que as alterações nos dispositivos jurídicos reforçaram politicamente a estrutura asilar, destacando-se o detalhamento da

---

<sup>99</sup> Os arts. 27 ao 29 do Decreto n.896 tratam sobre o procedimento de internação dos alienados, reforçando as disposições mandamentais já descritas nos arts. 30 e 31 do Decreto n.508. Os legitimados para a requisição da internação estavam regulados nos arts. 30 e 31 do Decreto n.896, composição já disposta nos arts. 32 e 33 do Decreto n.508. Os arts. 33 e 34 do Decreto n.896, retomam a disposição contida no art.17 do Decreto n. 508 quanto à saída de enfermos indigentes e dos pensionistas.

<sup>100</sup> 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).

<sup>101</sup> Quando 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 dispõe no mesmo sentido dos mandamentos dos arts. 37 a 47 do Decreto n. 508.

<sup>102</sup> 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.

<sup>103</sup> Os arts 61 a 63 do Decreto n. 896 regulamentam a composição dos auxiliares na administração do Hospício.

regulamentação sobre a estrutura e funcionamento do *Museu Anatomico-Pathológico* 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.

Quanto ao Pavilhão de Observação, ele era destinado a receber os doentes gratuitos, suspeitos de alienação mental, enviados pelas autoridades públicas, exclusivamente reservado para a clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas da Faculdade de Medicina (art. 11 do Decreto n. 1.159).

Quanto à composição do serviço sanitário do Hospício Nacional, ele deveria ter um médico diretor, quatro médicos especialistas, um cirurgião, um oftalmologista, um diretor do *Museu Anatomico-Pathológico*<sup>104</sup>, um chefe do gabinete eletroterápico, quatro internos, um farmacêutico e um ajudante, um dentista, enfermeiros, inspetores e guardas (art.12 do Decreto n.1.159)<sup>105</sup>.

Houve uma regulamentação mais detalhada sobre o serviço administrativo interno do Hospício Nacional (arts. 34 a 41 do Decreto n. 1.159). Quanto à regulamentação da Colônia reforçaram-se as disposições normativas anteriores (arts. 42 a 59 do Decreto n. 1.159). A admissão dos enfermos e sua classificação encontravam-se reguladas nos arts. 60 a 76 do Decreto n.1.159.

Detalhou-se o processo de admissão para o cargo de médico por intermédio de concurso (art. 77 a 94 do Decreto n.1.159) e, também, foram regulamentadas as disposições comuns aos estabelecimentos (art. 95 a 125 do Decreto n. 1.1559).

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

---

<sup>104</sup> O art.22 do Decreto n. 1.159 apresentava a estrutura e o funcionamento do *Museu Anatomico-Pathológico*.

<sup>105</sup> Houve a anexação da Escola de Enfermagem ao Hospício (art. 12, parágrafo único do Decreto n. 1.1559). O art. 13 trata sobre a competência do diretor do serviço sanitário, enquanto que o art.14 detalha as atribuições dos médicos. O art. 15 apresenta as funções do chefe do gabinete eletroterápico, enquanto que os arts.16 e17 tratam sobre a competência dos médicos internos. Os arts.18 a 20 apresentam a competência do serviço farmacêutico. O art. 21 reforçou a função dos enfermeiros como auxiliares dos médicos.

e científica de todos os estabelecimentos da Assistência, confiada a um médico psiquiatra, com o título de inspetor geral (art.3º do Decreto n. 2.467).

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 disciplinares (art.5º a 18 do Decreto n. 2.467). Além disso, manteve-se a descrição sobre o procedimento do concurso de provimento para o cargo de médico (art. 19 a 37 do Decreto n. 2.467).

Estabeleceu-se também a função de inspetor geral (art.38 do Decreto n. 2.467), bem como o reforço da disposição normativa do Pavilhão de Observação (art.41 do Decreto n. 2.467). Em relação aos demais decretos, o Decreto n. 2.467 destacou, com maiores detalhes, a regulamentação da estrutura e funções administrativas da Assistência Médico- Legal<sup>106</sup>, o que se verifica com a previsão dos trabalhos de escrituração (art. 66 do Decreto n. 2.467), 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.

Já o Decreto n.3.244 assinado por Epiácio 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 disciplinares (art.5º a 12 do Decreto n. 3.244), dos concursos para admissão de provimento de cargo médico (art. 13 a 29 do Decreto n. 3.244), dos serviços científicos, administrativo e sanitário do Hospício (art. 30 a 43 do Decreto n.

---

<sup>106</sup> 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 (art. 87 a 118), além da introdução das disposições comuns aos estabelecimentos (arts.119 as 128).

3.244), do Pavilhão de Observação (art. 41 a 45 do Decreto n. 3.244), do *Museu Anatomico-Pathológico* (art. 46), do gabinete eletroterápico (art.47), da Escola Profissional de Enfermagem (art.48), das Oficinas (art.49 a 54), das Colônias (art. 55 a 69), da admissão e saída dos alienados (art. 70 a 111), com considerações comuns aos estabelecimentos (art.112 a 120).

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 INTERSEÇÃO 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. Em sua investigação em como compreender a construção política e histórica do argumento racial no século XIX , bem como o conceito de *raça*, SCHWARCZ ([1993] 2015), afirma que o termo *raça*, além de uma definição biológica, recebeu um significado social:

“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 análise. (SCHWARCZ, [1993] 2015, p.24)”.

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 1887 (SCHWARCZ, [1993] 2015).

A partir de Silvio Romero<sup>107</sup>, intelectual de Recife, o direito ganhou um estatuto diferente para no 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. 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 resultado imediato da reforma levada a termo por Benjamin Constant, em 1890.

O tema da antropologia criminal sempre constante nas publicações da *Revista Acadêmica 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 (SCHWARCZ, [1993] 2015, p.206)”.

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 país (SCHWARCZ, [1993] 2015, p.217-218)”.

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

---

<sup>107</sup> 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 racial. (SCHWARCZ, [1993] 2015).

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. O Brasil em finais do século XIX era apontado como um caso único e singular de extremada miscigenação racial (SCHWARCZ, [1993] 2015).

SCHWARCZ ([1993] 2015), ao relatar a atividade de “*sciencia*” no Brasil, diz que nos fins do século XIX, a prática exercida não era tanto uma ciência de tipo experimental, ou a sociologia de Durkheim ou de Weber, mas os 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 livros de divulgação científica do que obras ou relatórios originais. A ciência penetra primeiro como “moda” e só muito tempo depois como prática e produção. (SCHWARCZ, [1993] 2015, p.41).”

A elite ilustrada<sup>108</sup> 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, SCHWARCZ (2015) ao investigar a “originalidade dessa cópia” e sua aplicação no contexto brasileiro tão díspare, observou que a “bossa racial” vivia na Europa um claro processo de descrédito, o que já indicava uma apropriação tardia pela intelectualidade brasileira.

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

---

<sup>108</sup> 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), Silvio 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).

sua cidade um novo cenário cultural devido a 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 aperfeiçoasse a humanidade. O direito era, portanto, “produto” de uma determinada evolução, mas também “produtor” de progresso e civilização (SCHWARCZ, [1993] 2015).

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<sup>109</sup> eram garantidas, uma vez que a este último cabia a decisão final (SCHWARCZ, [1993] 2015, p.234)”.

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 singular. (SCHWARCZ, [1993] 2015).

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 (SCHWARCZ, [1993] 2015, p.238)”.

---

<sup>109</sup> “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 determinações (SCHWARCZ, [1993] 2015, p.235)”.

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”<sup>110</sup> das faculdades de medicina (SCHWARCZ, [1993] 2015).

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 urbana (SCHWARCZ, [1993] 2015).

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 escravidão (SCHWARCZ, [1993] 2015).

---

<sup>110</sup> 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 *eugenēs*, quer dizer, de boa linhagem, dotado hereditariamente com nobres qualidades), termo usado pela primeira vez (DIWAN, 2015).



De fato, o liberalismo do início do século XX não trouxe democracia, pois ficou restrito à elite e limitado pela manutenção 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 republicano (CERQUEIRA, 1993; 1997).

Na transição dos séculos XIX para o início do XX, observou-se um deslocamento do alienismo tradicional, 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 ambulatórios (LOUGON, 2006).

No início do século XX, os debates entre as áreas jurídica e médica se intensificaram em torno da justificativa de limpeza social nas propostas implementadas de higienização pública<sup>111</sup>. 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 Alves (VENANCIO, 2011).

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, a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e a

---

<sup>111</sup> 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 Cruz (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

vacinação obrigatória. A realização de campanhas sanitárias e a reforma dos órgãos federais marcaram a saúde pública brasileira<sup>112</sup>.

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 rurais (PAIM, 2009).

Nesse cenário, DIWAN (2015) assinala que 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 sanitárias.

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 hospital (LUZ, 2006).

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 doença (DIWAN, 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.

---

<sup>112</sup> “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 militar, e muitas das ações realizadas inspiravam-se no que se denomina polícia sanitária (PAIM, 2009, p.29)”.

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 legisse sobre a sequestração dos loucos. Em 1903, torna-se deputado, conseguindo a aprovação da primeira lei federal dos alienados<sup>113</sup>. 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<sup>114</sup>, estava assoberbada por dificuldades financeiras (MACHADO *et al*,1978).

Assim, em 1903, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados<sup>115</sup>, projeto atribuído a Juliano Moreira<sup>116</sup>, a partir dos programas de higienização e saneamento pautados pela nova racionalidade científica e pela construção

---

<sup>113</sup> “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 psiquiatria a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido (MACHADO *et al*,1978,p.484)”.

<sup>114</sup> 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 pelo louco; outra, que é de defesa do louco contra os abusos passíveis de serem praticados pela coletividade, em virtude da “incapacidade” de auto-gestão do louco, no que diz respeito à sua pessoa e bens. No primeiro caso, a atenção volta-se, principalmente, para o louco pobre, que vaga pelas ruas, e secundariamente para o louco rico (MACHADO *et al*,1978,p.487)”.

<sup>115</sup> “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”. 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 práticas. 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 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 (LUZ, 2006, p.53)”.

<sup>116</sup> “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 (VENANCIO, 2011,p.34)”.

de uma paisagem social com projetos eugênicos em vista, que pretendiam eliminar a doença<sup>117</sup>.

## **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 (art.1º do Decreto n.1.132).

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 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 aspectos (PORTOCARRERO,2002):

“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 causal (PORTOCARRERO, 2002, p.66)”.

Nesse sentido, observa-se, expressamente, no âmbito jurídico, a concepção originária de moléstia mental (congênita 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.

---

<sup>117</sup> “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 povo (SCHWARCZ, [1993] 2015, p.46)”.

A reclusão somente seria efetiva em estabelecimento dessa natureza, caso fosse comprovada a alienação. Havia ainda a previsão de estabelecimentos públicos ou privados (art.1º,§1º do Decreto n. 1.132). 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 pública<sup>118</sup> ou segurança das pessoas), cabia o recolhimento, ato que poderia ser revisto. A admissão nos asilos de alienados deveria ser feita mediante requisição<sup>119</sup> ou requerimento<sup>120</sup>, 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 necessários<sup>121</sup>. 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 direito (art.4º do Decreto n.1.132).

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 agropecuária. De acordo com STROCKINGER (2007), a proposta de Juliano Moreira de criar a assistência heterofamiliar fracassou, pois as Colônias se mostraram ineficientes pela alta taxa de

---

<sup>118</sup> 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 (art.1,§2º do Decreto n. 1.132).

<sup>119</sup> 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 (art.2º,§1º do Decreto n.1.132).

<sup>120</sup> 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 (art.2º,§2º do Decreto n.1.132).

<sup>121</sup> 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 (art.3, parágrafo único do Decreto n. 1.132).

permanência de internação e pela ausência de projetos terapêuticos de inclusão que ultrapassassem o fazer do trabalho.

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 formal (art.5º do Decreto n. 1.132).

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 procedência (arts.6º e 7º do Decreto n. 1.132).

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 evasão (art.8º do Decreto n.1.132).

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 alienados (art.9º do Decreto n. 1.132).

A fim de separar os alienados dos criminosos, o art.10 do Decreto n. 1.132 proibia manter alienados em cadeias públicas<sup>122</sup>. Enquanto os Estados não possuíssem manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderiam permanecer em asilos públicos, nos pavilhões que, especialmente, se lhes reservem (art.11 do Decreto n. 1.132). 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 governo (art.12 do Decreto n. 1.132).

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

---

<sup>122</sup> 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 algum estabelecimento especial (art.10, parágrafo único do Decreto n.1.132).

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 administrativos (art.13 do Decreto n. 1.132).

No caso da administração particular<sup>123</sup>, 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 autorização (art.14 do Decreto n. 1.1.32).

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, anualmente (art. 16 do Decreto n. 1.132).

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 pensionistas (art.17 do Decreto n. 1.132).

Os diretores de asilos de alienados, públicos ou particulares, deveriam enviar, mensalmente, à comissão inspetora uma relação circunstanciada dos doentes internados no mês anterior (art.18 do Decreto n. 1.132).

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 países (art.19, parágrafo único do Decreto n. 1.132).

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

---

<sup>123</sup> 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).

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 administrador<sup>124</sup>, um arquivista e quatro escriturários, um contínuo e um porteiro (art.20 do Decreto n. 1.132).

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 nervosas (art.20 do Decreto n. 1.132).

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 infractor (art.22 do Decreto n. 1.132). Ao diretor reincidente seria cassada a autorização para funcionar o estabelecimento (art.22, parágrafo único do Decreto n. 1.132). Estavam revogadas as disposições em contrário (art.23 do Decreto n. 1.132).

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 Alienados<sup>125</sup>. 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 alicerçado na psiquiatria<sup>126</sup>.

---

<sup>124</sup> O almoxarife do Hospício passaria a exercer o cargo de administrador (art.20, parágrafo único do Decreto n. 1.132).

<sup>125</sup> 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.

<sup>126</sup> “O poder médico crítica 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 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 direito ( MACHADO *et al*,1978,p.489)”.



A psiquiatria como instrumento neutro opõe-se à arbitrariedade possível daqueles que, ao se relacionarem com o louco, só veem o seu próprio interesse (MACHADO *et al*,1978).

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 legislação (MACHADO *et al*, 1978).

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.

De acordo com (SCHWARCZ, [1993] 2015), 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 Brésil*” que tinha no branqueamento da população brasileira em um século sua perspectiva de solução e saída.

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 Neuropatologia, destinado à admissão dos enfermos suspeitos de alienação mental (art.2º do decreto n.8.834), além da assistência heterofamiliar (art. 2º, §1º do decreto n. 8.834).

Quanto à estrutura do Instituto, existiam os pavilhões de admissão dos internos e os de doenças nervosas e de psicologia experimental<sup>127</sup> destinados aos suspeitos de alienação mental recolhidos à Assistência (art.45 do decreto n. 8.834). 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 liberdade (art.45, §2º do decreto n. 8.834).

---

<sup>127</sup> Não houve detalhamento normativo sobre a competência do pavilhão de psicologia experimental.

No pavilhão das doenças nervosas ficavam os alienados que também apresentassem lesão no aparelho nervoso (art.45, §3º do decreto n. 8.834). 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 nervosas (art.45, §4º do decreto n.8.834).

A direção do Instituto de Neuropatologia cabia ao professor de psiquiatria e doenças nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (art. 46 do decreto n. 8.834). O serviço administrativo do Instituto continuaria a cargo do diretor e o econômico seria feito no Hospital Nacional até ulterior deliberação (art.47 do decreto n. 8.834). O diretor do Instituto teria um assistente responsável pelos serviços eletroterápicos (art.48 do decreto n. 8.834).

Em 1912, a psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma<sup>128</sup> e, a partir desta data, até 1920, ocorre um aumento importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. 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 profiláticas.

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*<sup>129</sup>, afirmou que a doutrina eugênica aperfeiçoaria a natureza humana ao eliminar o fator degenerativo para a grandeza nacional (DIWAN, 2015).

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)<sup>130</sup> foi fundada no Rio de Janeiro, em razão do Decreto n. 4.778 de 27 de dezembro de 1923, pelo psiquiatra Gustavo

---

<sup>128</sup> “No Brasil, portanto, a psiquiatria é posterior quarenta anos ao nascimento do hospício (LUZ,2006,p.52).”

<sup>129</sup> “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 brasileira (DIWAN, 2015,p.100).”

<sup>130</sup> Foi fundada após reuniões nos dias 20, 23 e 25 de janeiro de 1923, 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

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 estabelecimentos psiquiátricos (COSTA, [1976] 2006, p.39)”. A higiene racial e a vitalidade da nação brasileira eram os objetivos principais.

Segundo COSTA ([1976] 2006), 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 ano:

“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 Ridel 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 indivíduos. (COSTA, [1976] 2006, p.40)”.

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 Estado (LOUGON, 2006).

Dada as discussões no sentido de estabelecer distinção entre as prisões para delinquentes e o lugar reservado para o louco criminoso<sup>131</sup>, criou-se o Decreto n. 15.831, de 25 de Maio de 1921, que aprovou o regulamento do Manicômio

---

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. (LUZ, 2006; DIWAN, 2015).

<sup>131</sup> “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 criminal (LOUGON, 2006, p.70)”.

Judiciário<sup>132</sup>, 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 pública<sup>133</sup>.

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 Estado (LOUGON, 2006).

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 médicos encarregados pelo serviços de alienados delinquentes ( art.6 do Decreto n. 15.831)<sup>134</sup>. Cada interno deveria ter uma ficha e um prontuário psiquiátrico<sup>135</sup>.

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 transferência<sup>136</sup>.

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

---

<sup>132</sup> 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.

<sup>133</sup> 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.

<sup>134</sup> 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). 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).

<sup>135</sup> Art.2º do Decreto n. 15.831.

<sup>136</sup> *Ibidem.* art. 3º

ordenou a internação, para que decida sobre o destino do paciente<sup>137</sup>. Enquanto não fossem construídos novos pavilhões, o serviço econômico do Manicômio Judiciário seria provido pela Casa de Correção (art.5º Decreto n. 15.831). Eis o nascimento jurídico do Manicômio Judiciário na história da psiquiatria brasileira.

Já em 1927, o Governo Washington Luís criou o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal passando a coordenar, administrativamente, todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro<sup>138</sup>. Ao longo da sua existência, o órgão federal destinado à assistência psiquiátrica pública teve outras denominações, a partir da edição de outros decretos: como a criação da Assistência a Psychopathas<sup>139</sup>, por meio do Decreto n. 17.805 de 23 de maio de 1927<sup>140</sup>.

Em 1928, a Liga Brasileira de Higiene Mental<sup>141</sup> 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<sup>142</sup>.

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 Eugenia<sup>143</sup> que ocorreu entre os dias 1 a 7 de julho de 1929 a pedido de Miguel Couto, presidente da Academia Nacional de Medicina.

---

<sup>137</sup> *Ibidem* .art.4º

<sup>138</sup> 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.

<sup>139</sup> Desvincula 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 Saúde (LOUGON, 2006, p.53).

<sup>140</sup> Aprovava o regulamento para execução dos serviços da Assistência aos Psicopatas no Distrito Federal.

<sup>141</sup> “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 higiene mental* e os trabalhos da Liga passaram a ser divulgados nacionalmente pela imprensa (DIWAN, 2015, p.104)”.

<sup>142</sup> “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, quanto mental. Ambas as propostas tinham, evidentemente, um cunho controlador e ajustador de comportamento (STOCKINGER, 2007,p.29)”.

<sup>143</sup> “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

O Congresso Brasileiro de Eugenia estava dividido em três sessões, afirma DIWAN (2015): “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 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 eugenia.

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 pelo 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 direito 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 York (DIWAN, 2015).

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 sociedade.

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

---

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 Higiene, 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 (DIWAN, 2015, p.113)”.

eugenistas se intensificaram, de forma que essas disciplinas alcançaram estatutos autônomos em relação à medicina.

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. Salienta DIWAN (2015) que toda a orientação educacional do Instituto teve influência norte-americana, diferentemente, da orientação europeia dos serviços legislativos, burocráticos e médicos até então.

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<sup>144</sup> a partir do modelo alemão da Comissão da Sociedade Alemã de Higiene Racial, interlocutora do médico brasileiro. Nesse mesmo ano, em razão da tendência centralizadora da Revolução de 30<sup>145</sup>, houve a incorporação da Liga Brasileira de Higiene Mental ao Ministério da Educação e Saúde (COSTA, [1976] 2006).

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 política imigratória brasileira<sup>146</sup> 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

---

<sup>144</sup> “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 Higiene Mental* um artigo intitulado A campanha da eugenia no Brasil em que definia as condições e atribuições da Comissão (DIWAN, 2015, p.116)”.

<sup>145</sup> “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 -1882-1954 (VENANCIO,2011,p.43)”.

<sup>146</sup> “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 Imigração (DIWAN, 2015, p.119)”.

milhão de imigrantes brancos entraram no país entre 1890 e 1920. (DIWAN, 2015, p.117)”.

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 1917 (DIWAN, 2015).

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 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 1942 (DIWAN, 2015, p.119-120)”.

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 mental (COSTA, [1976] 2006, p.41)”.

Afirma COSTA ([1976] 2006) que 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 nascente agravavam as tensões sociais e colocavam em questão o próprio regime, cuja legitimidade a elite dirigente procurava justificar por todos os meios (COSTA, [1976] 2006, p.43-44)”.

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 pertenciam (COSTA, [1976] 2006, p.45-46)”.

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 psíquico (COSTA, [1976] 2006, p.92)”.

Getúlio Vargas, em 1933, também realizou uma primeira reforma no modelo de proteção social no Brasil. As Caixas de Aposentadoria e Pensões<sup>147</sup>, 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 psiquiátrica. O ideal de assistência médica era fortemente “hospitalocêntrico” e viveu seu auge nos anos 70 (MACHADO; FONSECA, BORGES, 2014).

---

<sup>147</sup> Após os ferroviários, empresas de outras categorias profissionais como os marítimos, passaram a contar com suas próprias caixas. As Caixas eram independentes uma das outras e disponibilizavam benefícios diferenciados (MACHADO; FONSECA, BORGES, 2014).

De modo crítico, COSTA ([1976] 2006) afirma que 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 século. 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 inseridos (YASUI, 2010, p.26)”. Assim, o saber psiquiátrico e sua construção epistemológica se encontrariam vinculado 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 aos pacientes mentais, faz-se necessário um exercício de reflexão constante em relação aos cuidados em saúde mental, bem como a preservação dos direitos individuais e sociais das pessoas em sofrimento psíquico. 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, concomitantemente a essa análise, possibilitar um arcabouço instrumental de práticas terapêuticas a serviço da reabilitação psicológica e social da pessoa em sofrimento psíquico. 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 do conhecimento científico. É preciso, para a reabilitação psicológica, sensibilidade clínica.

Sendo assim, a constituição de uma 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 remédios.

## **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**

Nesse sentido, 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 psicopatas (art.1º do decreto n. 21.559). 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 e espaço da *pólis*.

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 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 Psicopatas (art.2º, §1º do decreto n. 24.559). 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 normativa (art.2º, §2º do decreto n. 24.559), o Conselho de Proteção aos Psicopatas tinha por atribuição estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao governo as medidas que deveriam ser tomadas para o benefício destes, coordenando iniciativas e esforços nesse sentido.

Além disso, 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 Magna (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 loucura (LOUGON, 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 normativo (art. 3º do decreto n. 24.559).

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<sup>148</sup> do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que nesses lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados (art.3, §1º do decreto n. 24.559).

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

---

<sup>148</sup> “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 instituição (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p.45)”.

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 gênero (art.3,§2º do decreto n. 24.559).

Não era considerado adequado para o cuidado e tratamento, manter as pessoas em sofrimento psíquico em hospitais de clínica geral (art.3, §3º do decreto n. 24.559) a não ser nas seções especiais previstas no art. 4º, parágrafo único<sup>149</sup> do decreto supracitado. Poderiam, também, serem admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas (art.3,§5º do decreto n. 24.559).

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 alcólicas 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 diretor (art.5º do decreto n. 24.559).

Os interessados em fundar um estabelecimento psiquiátrico privado deveriam requerer junto ao Ministro da Educação e Saúde Pública a necessária autorização<sup>150</sup>. Os

---

<sup>149</sup> Art.4º: São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social. *Parágrafo único.* Esses estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares deverão: a) ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, 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.

<sup>150</sup> Art. 6º: Quem pretender fundar estabelecimento psiquiátrico deverá requerer ao ministro da Educação e Saúde Pública a necessária autorização, anexando à petição os seguintes documentos: a) provas de que o estabelecimento preenche as condições exigidas no parágrafo único do art. 4º; b) declaração do número de

estabelecimentos psiquiátricos públicos eram divididos quanto ao regime de internação em aberto, fechado e misto (art.7º do decreto n. 24.559). Cada tipo de diagnóstico psiquiátrico, por ocasião da admissão do indivíduo, correspondia a uma modalidade de regime de internação<sup>151</sup>.

Em relação à política de readaptação ao convívio social (art.8º do decreto n. 24.559), 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.

Em contrapartida, o caráter arbitrário da revogação, 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 psiquiátrico (art.9º do decreto n. 24.559).O “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.

---

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 Inspetora, 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 Inspetora, e respectiva Repartição de Engenharia, a documentação comprobatória de que as novas construções permitirão o acréscimo requerido.

§ 3º Todos os documentos e planos relativos à fundação e ampliação de qualquer estabelecimento psiquiátrico particular deverão ser sempre conservados por forma a permitir à Comissão Inspetora o respectivo exame, quando entender conveniente.

<sup>151</sup> Art.7º:§ 1º O estabelecimento aberto, ou a parte aberta do estabelecimento misto, destinar-se-á a receber: a) os psicopatas, os toxicómanos e intoxicados habituais referidos no § 5º do art. 3º que necessitarem e requererem hospitalização. b) os psicopatas, os toxicómanos e intoxicados habituais que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrarem, necessitarem de internação e não a recusarem de modo formal; c) os indivíduos suspeitos de doença mental que ameacarem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização; d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.§ 2º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento misto, acolherá: a) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que, por suas reações perigosas, não devam, permanecer em serviços abertos; b) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária.

§ 3º Nos casos de simples suspeita de afecção mental, serão devidamente observados em seções próprias, antes da internação definitiva.

Entre os responsáveis pela internação de “psicopatas, toxicómanos 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 solicitação (art.11 do decreto n. 24.559).

Havia ainda a possibilidade de internação involuntária (art.11, § 1º do decreto n. 24.559), bem como a internação por solicitação de terceiros (art.11, § 2º do decreto n. 24.559). No caso de internação em Manicômio Judiciário, somente por ordem de juiz (art.11, § 3º do decreto n. 24.559).

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 internado (art.12 do decreto n. 24.559). 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 psiquiátricos<sup>152</sup>.

Nos anos 1940<sup>153</sup>, 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<sup>154</sup>. Tal política preventivista também marcou a década de 1970, que buscou implementar uma prática psiquiátrica de caráter científico, com o surgimento da

---

<sup>152</sup> 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 (art.21 do decreto n. 24.559).

§ 4º 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.

<sup>153</sup> “É na primeira metade do século XX que algumas terapias físicas são desenvolvidas na Europa, por exemplo, o coma insulínico, eletroconvulsoterapia, entre outras e nos anos 1940, surgiu ainda a lobotomia (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p.43).”

<sup>154</sup> “Nos anos 40, a denominação Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) traz 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 mental (LOUGON, 2006, p.53).”

Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em razão do decreto n. 66.623 de 22 de maio.

O Decreto – Lei n. 7.055, de 18 de novembro de 1944, 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 Mentais (art.4º do Decreto- Lei n. 7.055/44). Além disso, estabeleceu a composição do Centro Psiquiátrico Nacional (art.2º, Decreto- Lei n. 7.055/44), bem como suas competências e atribuições (Art. 2º, §1º, I a IV, Decreto- Lei n. 7.055/44).

Segundo LOUGON (2006), 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 órgão.

Já o Decreto-Lei n.8.550, de 3 de janeiro de 1946, de acordo com PAULIN e TURATO (2004) 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 psiquiátricos:

“A nova legislação permitiu um surto de construção de hospitais em vários estados, como Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo e Alagoas, que criaram seus nosocômios com características de hospitais-colônias. Muitos deles eram extremamente precários ou distantes dos centros urbanos. Tal política refletia a postura hegemônica iniciada por Juliano Moreira (PAULIN; TURATO, 2004, p.243-244)”.

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” (PAULIN; TURATO, 2004):

“Ao deixar a diretoria da SNDM em 1954, Adauto 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 exclusão (PAULIN; TURATO, 2004, p.244)”.

De acordo com PAULIN e TURATO (2004), 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 privado.

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 social (PAULIN; TURATO, 2004):

“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 pensões (PAULIN; TURATO, 2004, p.245)”.

À época, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários concedeu empréstimo à Casa de Saúde Dr. Eiras, a fim de que fosse construído um pavilhão para os previdenciários. Apenas os comerciários e, mais tarde, os bancários tinham direito a internações em sanatórios particulares no Rio de Janeiro (PAULIN; TURATO, 2004).

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 mental (PAULIN; TURATO, 2004).

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), criado em 1967.

Salienta PAULIN e TURATO (2004), que 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 ambulatórios, 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 mentais.

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 Hospitais (PAULIN; TURATO, 2004). Tal órgão seria o principal beneficiário da política de saúde mental no período da ditadura militar.

Em 1966<sup>155</sup>, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social<sup>156</sup> em razão da unificação do Instituto de Aposentadorias e Pensões, preferiu-se 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 conveniados (PAULIN; TURATO, 2004, p.247)”.

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, de acordo com RIBEIRO *et al* (2010), a municipalização não prosperou, sendo dada pouca atenção aos atendimentos primários e à expansão da cobertura, pois

---

<sup>155</sup> “Nesse ano, 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 escassos (AMARANTE *et al* 1995[2015], p.59)”.

<sup>156</sup> “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 Estado ( RIBEIRO *et al*,2010,p.44)”.

não havia um sistema; as ações eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem integração:

“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 assistencial (RIBEIRO *et al*, 2010, p.44-45)”.

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 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 particulares (AMARANTE *et al*,1995[2015]). Tal argumento não encontra assento na análise da dimensão política da participação hegemônica do setor privado.<sup>157</sup>

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<sup>158</sup>.

Tratava-se de um grande proprietário de leitos psiquiátricos no Rio de Janeiro que propôs uma radical privatização médica, eliminando o setor próprio de serviços médicos previdenciários, repassando aos produtores privados, cabendo ao Estado o papel de financiador<sup>159</sup>. Entretanto, tal projeto encontrou resistência pelos setores do

---

<sup>157</sup> “A crítica da Federação Brasileira de Hospitais 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 terapêuticos (AMARANTE *et al*,1995[2015],p.64)”.

<sup>158</sup> “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 culturais (AMARANTE *et al* 1995[2015],p.60)”.

<sup>159</sup> “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 Pronta 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

Instituto Nacional de Previdência Social e da sociedade, que criticavam o redirecionamento total dos recursos estatais para a rede de iniciativa privada (PAULIN; TURATO, 2004).

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 serviços (PAULIN; TURATO, 2004).

### **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 psiquiátricos (SCHECHTMAN; ALVES, 2014)<sup>160</sup>.

De acordo com PACHECO (2009), 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 instituições. “Essas experiências foram de grande importância por denunciarem as precárias condições em que viviam os doentes asilados, propondo uma nova organização interna para estas instituições (PACHECO, 2009, p.123)”.

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 instituições (PACHECO, 2009):

“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-guerra (PACHECO, 2009, p.123)”.

---

muitas denúncias de fraudes e distorções, algumas apontadas no documento da Comissão de Saúde Mental do CEBES (AMARANTE *et al.*, 1995 [2015],p.107)”.

<sup>160</sup> Nesse sentido, DIWAN (2015) afirma que foi 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 humanidade.

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 comunitário (GOULART, 2004).

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, Escócia (GOULART, 2004). “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 reabilitação (GOULART, 2004, p.164)”.

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 humanitárias (PACHECO, 2009)<sup>161</sup>.

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 Daumézon e Koechlin, em 1952, em referência a experiências alternativas francesas que exploravam terapeuticamente as atividades de laborativas (como a terapia ocupacional)<sup>162</sup>. 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 planos (GOULART, 2004).

Ao reconhecer com ponto de interseção entre a Psicoterapia Institucional e a Comunidade Terapêutica a busca pela recuperação da vocação terapêutica do hospital,

---

<sup>161</sup> “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 terapêuticas (PACHECO, 2009,p.123-124).”

<sup>162</sup> Os trabalhos de referência foram os 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 esquizoanálise (GOULART, 2004,p.164)”.

PACHECO (2009) 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 tratada<sup>163</sup>.

Entretanto, apesar dos avanços na recuperação humanitária dos hospitais psiquiátricos e da relação de horizontalidade e democrática entre a administração hospitalar e os internos, PACHECO (2009) afirma que essas experiências não transformaram o estado de exclusão social dos internos por não questionarem a instituição psiquiátrica como *locus* privilegiado de tratamento.

A Psicoterapia de Setor<sup>164</sup> e a Psiquiatria Preventiva caracterizaram-se pela extensão da psiquiatria ao espaço público, voltando-se para ações preventivas e de promoção de saúde mental, considerada nesse contexto como um processo de adaptação social (PACHECO, 2009).

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<sup>165</sup> por que passava o país (PACHECO, 2009).

Gerald Caplan elaborou ideias que foram úteis à implantação da Psiquiatria Preventiva. Dentre estas ideias figuravam definições da atenção 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

---

<sup>163</sup> “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 Institucional (PACHECO, 2009, p.125)”.

<sup>164</sup> “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 equipe (PACHECO, 2009, p.126)”.

<sup>165</sup> “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 dia (PACHECO, 2009, p.126)”.

sofisticada da teoria da degenerescência de Morel muito influente nas primeiras décadas do século XX (PACHECO, 2009).

De modo crítico PACHECO (2009) afirmou que não houve um rompimento com o modelo hospitalocêntrico como seria de se esperar. 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<sup>166</sup>.

A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana proporcionaram uma ruptura radical com paradigma da Psiquiatria Orgânica<sup>167</sup>. “Tais movimentos operaram críticas severas ao saber e à prática psiquiátricas, propondo uma profunda reconstrução, de ordem epistemológica e fenomenológica, do modelo psiquiátrico clássico (PACHECO, 2009, p.128)”.

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<sup>168</sup>. As reflexões da Antipsiquiatria<sup>169</sup> 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<sup>170</sup>.

---

<sup>166</sup> “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 psiquiátrico (PACHECO,2009,p.128)”.

<sup>167</sup> 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 Institucional (GOULART, 2004).

<sup>168</sup> “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 social (GOULART, 2004,p.165)”.

<sup>169</sup> “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 significada (PACHECO,2009,p.129)”.

<sup>170</sup> “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 italiana (GOULART,2004,p.165)”.

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 francesa (PACHECO, 2009):

“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 sujeito (PACHECO, 2009,p.140)”.

A experiência da Psiquiatria Democrática Italiana traz em seu bojo uma ampliação do conceito de desinstitucionalização<sup>171</sup>, até então concebido, dentro de outros movimentos de reforma, simplesmente como desospitalização (PACHECO, 2009)

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 internação (PACHECO, 2009):

“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 ampliadas e transformadas as concepções acerca da loucura e a forma como a sociedade acolhe suas diferenças ( PACHECO,2009,p.141)”.

As conquistas políticas, incluindo transformações na legislação relativa à doença mental, garantindo direitos de cidadão ao louco, aproximam o objeto de representação –

---

<sup>171</sup> “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 sujeito (PACHECO, 2009,p.140)”.



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 viabilizará sua inserção social e será 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 Brasil. (PACHECO, 2009, p.142)”

Assim, o início da década de 1970<sup>172</sup> 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 mental (PAULIN; TURATO, 2004)<sup>173</sup>.

Na 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<sup>174</sup>. Tal

---

<sup>172</sup> 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.

<sup>173</sup> “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 Mental (PAULIN; TURATO, 2004, p.248).”

<sup>174</sup> “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 saúde (YASUI, 2010, p.34-35)”.

evento foi organizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A aprovação do Manual para Assistência Psiquiátrica<sup>175</sup> pelo Ministério da Previdência Social, em 1973, fundamentou a criação da Portaria n.32 de 1974 do Ministério da Saúde<sup>176</sup> 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.

É importante ressaltar que, no cenário internacional, ocorriam dois grandes movimentos de ruptura com a psiquiatria: 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 Goffman (YASUI, 2010, p.36)”.

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 psiquiátricos.

A década de 1970 apresentou uma acentuada crise no modelo hospitalocêntrico, não somente no cenário brasileiro<sup>177</sup>, mas inclusive no plano internacional o que desencadeou, em 1978, a Conferência em Alma-Ata, antiga cidade pertencente à União

---

<sup>175</sup> “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 mental (PAULIN; TURATO, 2004, p.251)”.

<sup>176</sup> “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 culturais (YASUI, 2010, p.35-36)”.

<sup>177</sup> “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 Sanitária (SOPHIA, 2012, p.555)”.

Soviética (Cazaquistão) que reuniu várias nações para discutir modelos de gestão em saúde, baseados na atenção primária<sup>178</sup>.

Conforme MACHADO, FONSECA e BORGES (2014), 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 universal.

No Brasil, esse ideário surge com bastante impacto na década seguinte, influenciando a redação do texto constitucional de 1998. Contudo, as 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, laborterapia, eletrochoques e psicofármacos, prevaleceu o abandono.

Afirma SCHECHTMAN e ALVES (2014) que 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 psiquiatria.

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 previdenciário.

### **3.3 A REFORMA SANITÁRIA E O MOVIMENTO DE 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

---

<sup>178</sup> 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, além do Banco Mundial, culminando na Declaração de Alma-Ata que previa como prioridade, na promoção da saúde, a atenção primária à saúde. 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 fundamental (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

cenário brasileiro<sup>179</sup>. “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 social (YASUI, 2010, p.30)”.

Com o processo de redemocratização e abertura política brasileira, inicia-se a luta pelas mudanças no sistema de saúde<sup>180</sup>. 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 Mental, de acordo com SCHECHTMAN e ALVES (2014).

A greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)<sup>181</sup>, de 1978, marca o início do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental<sup>182</sup> e 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)<sup>183</sup> 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

---

<sup>179</sup> “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 encaminhadas ao Estado, com base em um diagnóstico do modelo de saúde vigente que revelou uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa (RIBEIRO *et al*, 2010, p.45)”.

<sup>180</sup> “A Reforma Sanitária se colocava, assim, fundamentalmente como um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da *pólis*, 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 relação (YASUI, 2010, p.30-31)”.

<sup>181</sup> “A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPPII, ao registrarem no livro de ocorrências do plantão de pronto-socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital [...] 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 imprensa (AMARANTE *et al*, 1995 [2015], p.52)”.

<sup>182</sup> “O 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 entidades (YASUI, 2010, p.37).”

<sup>183</sup> “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 Psiquiátrica (YASUI, 2010, p.37)”.

torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, estabelecendo uma frente ampla a favor das mudanças, dando ao congresso um caráter de discussão e organização político-ideológica, não apenas das questões relativas à política de saúde mental, mas voltadas ainda para a crítica ao regime político nacional (AMARANTE *et al*, 1995 [2015],p.54)”.

De acordo com AMARANTE *et al* (1995, [2015]), 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 direção. “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 esclarecidas (AMARANTE *et al*, 1995 [2015],p.52)”.

O conjunto de reivindicações trabalhistas do MTSM<sup>184</sup> 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.

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 social (YASUI, 2010)<sup>185</sup>.

AMARANTE *et al* (1995 [2015]) destaca 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):

“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

---

<sup>184</sup> 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 sociocultural. (YASUI, 2010).

<sup>185</sup> “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 sociedade (YASUI, 2010, p.32)”.

das correntes de pensamento crítico em saúde mental, dentre eles Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, dentre outros (AMARANTE *et al*, 1995 [2015],p.55)”.

Em janeiro de 1979, no Instituto *Sedes Sapientiae* em São Paulo, ocorreu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental com 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 democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade, a partir das liberdades democráticas. Além disso, reforçou-se a crítica ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos públicos brasileiros (AMARANTE *et al*, 1995 [2015]).

Já em novembro de 1979, aconteceu em Minas Gerais, 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 social (AMARANTE *et al*, 1995 [2015]).

Já nos anos 1980, o sistema previdenciário brasileiro se encontrava em uma profunda crise decorrente do cenário econômico brasileiro<sup>186</sup> 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.

De acordo com AMARANTE *et al* (1995[2015]), 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 qualitativa:

“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 devida, 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 previdenciários (AMARANTE *et al* 1995[2015],p.60)”.

---

<sup>186</sup> “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 conseqüente 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 imprevisíveis (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p.46)”.

Com a cogestão, criou-se a possibilidade de implantação de uma política de saúde<sup>187</sup> com base no sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, propostas defendidas pelos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica (AMARANTE *et al* 1995[2015]).

De acordo com YASUI (2010), a partir desse quadro, instituiu-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 Deputados<sup>188</sup>.

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 partidos (PAIM, 2009, p.40)”

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 psiquiátricas (AMARANTE *et al* 1995[2015]).

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<sup>189</sup> com objetivo de revisar a legislação no âmbito civil

---

<sup>187</sup> “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, instituiu-se a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação entre os Ministérios, a fim de planejar e coordenar as ações na área da saúde (AMARANTE *et al* 1995[2015], p.61)”.

<sup>188</sup> “Para enfrentar a grave crise financeira, o governo militar buscou formular alternativas, como o Plano Prev-Saúde, que incorporou teses e 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 saúde (YASUI, 2010, p.39)”.

<sup>189</sup> “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 trajetória [...] As moções aprovadas em assembleia passam pelo apoio à luta pela democratização da Associação Brasileira de Psiquiatria e de suas federadas, pela crítica à privatização da saúde por meio de denúncias envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação

e penal relativa às pessoas em sofrimento psíquico, além de discutir a luta pelo direito à saúde como democratização da ordem econômico-social.

No final de 1981, foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)<sup>190</sup>. 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<sup>191</sup>.

Denominado de “cogestão”, o convênio entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social e o da Saúde assinalaram um marco na 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<sup>192</sup>.

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 saúde (AMARANTE *et al* 1995[2015]).

Nesse sentido, em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>193</sup>, presidida por Sérgio Arouca, que no relatório final apresentou as diretrizes e princípios

---

Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e outras multinacionais do setor empresarial da saúde com ingerência direta nas instâncias decisórias do poder público (AMARANTE *et al*, 1995 [2015],p.56)”.  
<sup>190</sup> 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 atendimento (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p.46).

<sup>191</sup> “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 população (YASUI,2010,p.40).”

<sup>192</sup> “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 cogerida (AMARANTE *et al* 1995[2015],p.58)”.  
<sup>193</sup> 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 mudanças (SOPHIA, 2012, p.555-556).



do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>194</sup>. 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 civil (YASUI, 2010).

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 mental (YASUI, 2010, p.42)”.

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)<sup>195</sup>

Em julho de 1987, decorrente da 8º CNS, realizou-se 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)<sup>196</sup>. Tal encontro foi marcado pela evidenciação

---

<sup>194</sup> “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 saúde (YASUI,2010,p.40).”

<sup>195</sup> “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 SUS (PAIM, 2009, p.40-41)”.

<sup>196</sup> “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 sanitária (YASUI, 2010, p.43)”.

de fortes questões políticas e ideológicas que estavam em disputa no campo da saúde mental<sup>197</sup>.

Em dezembro de 1987, foi realizado o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru – São Paulo<sup>198</sup>, onde se instituiu o lema “Por uma sociedade sem manicômios” que contou com a presença de lideranças institucionais, técnicos, familiares, usuários e estudantes. De acordo com YASUI (2010), adotado nacionalmente, a partir desse evento, o lema colocava em destaque a questão da loucura no âmbito sociocultural<sup>199</sup>.

Instituiu-se, dentre as deliberações, o dia 18 de maio<sup>200</sup> 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. “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 Antimanicomial (YASUI, 2010, p.46)”.

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 reposicionamento do lugar social da loucura, a partir da efetividade dos direitos civis, sociais e políticos da pessoa em sofrimento psíquico.

---

<sup>197</sup> “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 classes (YASUI, 2010,p.44)”.

<sup>198</sup> “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 – NAPS (YASUI, 2010, p.45)”.

<sup>199</sup> “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 loucura (YASUI, 2010,p.45)”.

<sup>200</sup> De acordo com YASUI (2010), 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 relevante.

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<sup>201</sup>.

Em maio de 1989, a Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado, sofreu uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde<sup>202</sup>. Segundo YASUI (2010), 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 psiquiátrica.

Em 1989, organizou-se na cidade de São Paulo, a Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental, formando um agente social coletivo<sup>203</sup> 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<sup>204</sup>. “As associações atuaram na construção de novas possibilidades de atenção e cuidados e na luta pela transformação da assistência em saúde mental (YASUI, 2010, p.50)”.

Todavia, é na década de 1980 que iniciativas pioneiras e relevantes indicariam as mudanças de rumo do modelo de assistência psiquiátrica no cenário brasileiro, conforme apresenta SCHECHTMAN e ALVES (2014).

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) e por fim a

---

<sup>201</sup> “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 lugares (YASUI, 2010, p.46)”.

<sup>202</sup> “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 substitutiva (YASUI, 2010, p.47)”

<sup>203</sup> Quanto à composição das entidades que atuaram ver YASUI (2010).

<sup>204</sup> “Além da pioneira Sociedade de Serviços Gerais para a Integração (SOSINTRA) do Rio de Janeiro (criada em 1978) e do Grupo Loucos pela Vida de Juqueri, nasceram a Associação Franco Basaglia (São Paulo), a Associação Franco Rotelli ( Santos), o SOS Saúde Mental, entre outras (YASUI,2010,p.50)”.

apresentação do Projeto de Lei n.3.657 pelo deputado federal Paulo Delgado na Câmara dos Deputados (1989)<sup>205</sup>.

### 3.4 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Segundo a lição de José Afonso da Silva (2005), 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).

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)<sup>206</sup> e um título sobre a ordem social (título VIII)<sup>207</sup>.

José Afonso da Silva (2005) 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<sup>208</sup>. No entendimento do ilustre jurista, os direitos sociais<sup>209</sup> podem ser classificados em (a)

---

<sup>205</sup> “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. Um 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 nacional (AMARANTE *et al*, 1995[2015],p.84)”.

<sup>206</sup> 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, o estudo do direito à saúde.

<sup>207</sup> De modo crítico José Afonso da Silva (2005) 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 constitui 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 organizacionais (DA SILVA, 2005).

<sup>208</sup> “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 (DA SILVA,2005,p.286)”.

<sup>209</sup> “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

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 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.

Entretanto, ele propõe uma classificação dos direitos sociais do homem, a partir de duas categorias: (a) *produtor*<sup>210</sup> 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 social (DA SILVA, 2005).

No dizer de DA SILVA (2005) é espantoso<sup>211</sup> 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:

“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 constitucionais (DA SILVA, 2005, p.308)”.

Em sua análise no Direito Comparado, DA SILVA (2005) 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 comum.

---

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 liberdade (DA SILVA, 2005, p.286-287)”.

<sup>210</sup> De acordo com DA SILVA (2005), são os previstos nos arts. 7º a 11 da Carta Política de 1988.

<sup>211</sup> 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, afirma DA SILVA (2005).

Assim, a Constituição de 1988 também submeteu a concepção do direito à saúde ao conceito de seguridade social, cujas ações e meios se destinam, também, a assegurá-lo e torná-lo eficaz ( DA SILVA, 2005). 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 social (art. 193, CRFB/88). “A ordem social forma com o título dos direitos fundamentais o núcleo substancial do regime democrático instituído (DA SILVA, 2005, p.828).”

DA SILVA (2005) afirma que 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).

É interessante observar que no campo econômico, a República Federativa Brasileira se fundamenta na valorização do trabalho e na livre iniciativa (art.1º, IV, CRFB/88), 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<sup>212</sup>.

Segundo DA SILVA (2005), o art.199, §3º, CRFB/88 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 saúde.

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

---

<sup>212</sup> Ao comentar sobre a participação do setor privado no Sistema Único de Saúde, DA SILVA (2005) 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 lucrativos.

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.

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. Nesse sentido, PAIM (2009) afirma que a proposta do Sistema Único de Saúde, prevista no texto constitucional, encontra-se vinculada à seguinte ideia central: todas as pessoas tem direito à saúde, relacionando tal prerrogativa, inclusive à condição de cidadania<sup>213</sup>.

Conforme DA SILVA (2005), 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 colegiados (art.194, parágrafo único, VII da CRFB/88) 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 sociais.

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<sup>214</sup>. “O direito à

---

<sup>213</sup> “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 privilégios (PAIM, 2009, p.43)”.

<sup>214</sup> “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 plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as *políticas econômicas* ( grifo do autor). 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 transito, da escola, dos esportes e do lazer.”*Ibidem*,p.44.

saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e aos serviços que a promovem, protegem e recuperam (DA SILVA, 2005, p.831)”.

Prosseguindo em seu entendimento, o ilustre jurista 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 fiscalização (DA SILVA, 2005, p.831)”.

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 responsabilizados pelas práticas de atos administrativos ilícitos, à revelia dos termos da lei. Conforme DA SILVA (2005), 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 coletivo.

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 estende-se à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública (PAIM, 2009).

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 Sanitária (YASUI, 2010), a Reforma Psiquiátrica, a partir da proposta do Projeto de Lei Paulo Delgado (PL n. 3657/89), não discutiu a existência dos hospitais 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 o histórico de prestação da 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 Saúde (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p.49)”.

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<sup>215</sup>.

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<sup>216</sup>.

---

<sup>215</sup> 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 obrigatórios (YASUI, 2010).

<sup>216</sup> “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. Compete aos governos democraticamente eleitos formular as políticas de saúde (PAIM, 2009, p.64)”.

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<sup>217</sup>, 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 salários (PAIM, 2009).

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. De acordo com o entendimento de PAIM (2009), desde o início do século XX, é possível observar a presença no sistema de saúde brasileiro de três vias assistenciais: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho<sup>218</sup>.

No caso da saúde pública<sup>219</sup>, 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 persuasiva (PAIM, 2009):

“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, empresarial (PAIM, 2009, p.31)”.

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

---

<sup>217</sup> “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 governo (PAIM, 2009, p.64)”.

<sup>218</sup> “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 popular (PAIM, 2009, p.30)”.

<sup>219</sup> “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 saúde (PAIM, 2009, p.31)”

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 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 brasileiro (PAIM, 2009, p.40)”.

Com o advento da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990<sup>220</sup>, 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)<sup>221</sup>. 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 (cidadania sanitária)<sup>222</sup>.

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 públicas<sup>223</sup>, não excluindo os deveres dos cidadãos, da família, das empresas e da sociedade.

---

<sup>220</sup> “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 sanitárias (DA SILVA, 2005, p.831)”.

<sup>221</sup> “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 fundações públicas, instituições filantrópicas e empresas privadas, como as que comercializam planos de saúde (PAIM, 2009, p.52)”.

<sup>222</sup> “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 INAMPS (PAIM, 2009, p.41)”.

<sup>223</sup> 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).

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, muitas das vezes, responsabilizando os cidadãos mais necessitados economicamente, pelo erro do planejamento sanitário.

À época dos debates legislativos do Projeto Paulo Delgado, o art.3º da Lei n. 8.080/90 já apresentava o conceito (a experiência) da saúde como resultado de fatores determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais<sup>224</sup>, 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, esteja alinhada à observância legislativa da concepção como resultado de fatores e determinantes sociais.

Nessa construção do esquema organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), o legislador infraconstitucional marcou que a iniciativa privada deveria assumir o caráter complementar (art.4º,§2º da Lei n. 8.080), cabendo a primazia ao 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

---

<sup>224</sup> 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.3, 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.

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 público (PAIM, 2009,p.47)”.

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 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 enfermas. 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 2001, 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 social (art.5º, II da Lei n. 8.080). 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-econômicas<sup>225</sup>.

Dentro do âmbito de atribuições do SUS, além de outras, está incluída a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (art.6º, I, “d” da Lei n.8.080)<sup>226</sup>. 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)<sup>227</sup>, integralidade de assistência (art.7º,II)<sup>228</sup>,

---

<sup>225</sup> 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 8.080/90).

<sup>226</sup> “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 racional (PAIM,2009,p.52)”.

<sup>227</sup> “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 ( PAIM, 2009,p.45)”.

<sup>228</sup> “O *atendimento integral* (grifo do autor), 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

preservação da autonomia das pessoas, incluído a preservação da sua integralidade física e moral (art.7º,III)<sup>229</sup>, igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios (art.7º,IV)<sup>230</sup>, direito à informação sobre sua saúde (art.7º,V), participação da comunidade (art.7º,VIII)<sup>231</sup> e a descentralização político-administrativa dos serviços<sup>232</sup>, além da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos (art.7º, IX e XI).

PAIM (2009) salienta que a *equidade* não consta entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), seja na Constituição de 1988, seja na Lei Orgânica da Saúde:

“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

---

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 (PAIM, 2009,p.50)”.

<sup>229</sup> “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 (PAIM, 2009, p.52)”.

<sup>230</sup> “O que quer dizer *acesso igualitário* (grifo do autor)? 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 (PAIM, 2009,p.45)”.

<sup>231</sup> “A *participação da comunidade* (grifo do autor) 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 (PAIM, 2009, p.50-51)”.

<sup>232</sup> “A *descentralização* (grifo do autor) 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* (grifo do autor). 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 (PAIM,2009,p.49)”.

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 universais (PAIM,2009,p.57-58)”.

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<sup>233</sup>, especialmente, quando admite que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (PAIM,2009).

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)<sup>234</sup>.

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 contrato (art.26,§ 2º da Lei n. 8.080)<sup>235</sup>

---

<sup>233</sup> “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 Brasil (PAIM, 2009, p.53)”.

<sup>234</sup> Todavia, à luz da interpretação constitucional, é razoável que a prestação do serviço complementar, exclusivamente privado, da assistência em saúde no Brasil não ignore os pressupostos de atendimento da política nacional de saúde.

<sup>235</sup> 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).



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 privadas (art.43 da Lei n. 8.080).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 complexidade.<sup>236</sup>

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 saúde<sup>237</sup>.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.

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 execução (art.18, X, da Lei n. 8.080/90), além de controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde (art.18, XI, da Lei n. 8.080/90).

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 superior (art.14 da Lei n. 8.080). Desse modo, a política de recursos humanos deve ser formalizada e executada, articulada pelas diferentes esferas de governo<sup>238</sup>.

---

<sup>236</sup> A direção do Sistema Único de Saúde é única, de acordo com o inciso I do art.198 da Constituição Federal, 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).

<sup>237</sup> 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, da Lei n. 8.080). O art.13 assinala a área de abrangência da articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais.

<sup>238</sup> 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).

O serviços de saúde nos hospitais universitário e de ensino integram-se ao SUS mediante convênio (art.45 da Lei n. 8.080)<sup>239</sup>.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 nacionais (art.46 da Lei n. 8.080).

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 saúde (art.20 da Lei n. 8.080).

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 manicômios públicos e dos leitos psiquiátricos em “hospitais privados” conveniados, 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 resultados.

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

---

<sup>239</sup> O art. 45,§ 2º 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.

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, 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. 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 empréstimos (art.23 da Lei n.8.080/90)<sup>240</sup>.

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 privada (art.24, parágrafo único da Lei n. 8.080), com preferência para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (art.25 da Lei n. 8.080).

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 Saúde (art.26 da Lei n. 8.080).

---

<sup>240</sup> Atualmente, em razão da Lei n. 13.097 de 2015, além da revogação da proibição relatada acima, 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 13.097/2015).

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 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<sup>241</sup>, 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 Orçamentárias<sup>242</sup>.

Os Conselhos de Saúde<sup>243</sup> 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)<sup>244</sup>

A Lei n. 8.080/90 afirma que o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde será ascendente, iniciando a partir dos 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.

---

<sup>241</sup> “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 complementar (DA SILVA, 2005, p.831-832)”.

<sup>242</sup> 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).

<sup>243</sup> 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.

<sup>244</sup> 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

É proibida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa (art.38 da Lei n. 8.080).Assim, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização do recurso do SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei

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, PAIM (2009) afirma que 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 saúde<sup>245</sup>.

Ao analisar o cenário político do início dos anos 1990, PAIM (2009) ressalta que muitos Estados e Municípios não se encontravam em condições de exercerem as competências e atribuições estabelecidas nessas leis. 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<sup>246</sup> - NOB -91, NOB-93, NOB-96, NOB-96, NOAS-2000 e NOAS-2002.

De acordo com o entendimento de ROCHA (1994), 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, salienta que, a crise do sistema de

---

<sup>245</sup> “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 Direto ( PAIM, 2009,p.66)”.

<sup>246</sup> “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 população (PAIM, 2009,p.66).”

saúde brasileiro ocorre por razões políticas, em descumprimento das diretrizes normativas<sup>247</sup>.

O professor titular de Medicina Social da Faculdade de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (FMRP-USP) ressalta que a prerrogativa jurídica da descentralização das ações de saúde pública traduz o caminho para a efetividade do Sistema Único de Saúde<sup>248</sup>. De modo crítico, ROCHA (1994) 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<sup>249</sup>.

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<sup>250</sup>. Os setores contrários ao SUS questionavam a eficácia administrativa do setor público e da capacidade financeira de

---

<sup>247</sup> 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 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 plena (ROCHA,1994,p.5)

<sup>248</sup> “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 governo (ROCHA,1994,p.5-6)”.

<sup>249</sup> “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 remunera 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, o pagamento pelas empresas da dívida do Finsocisal foi parcelado em 80 meses (ROCHA, 1994,p.6)”.

<sup>250</sup> “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 administrações (ROCHA, 1994, p.7)”.

implementar um modelo universal e equânime. Nesse sentido, afirmavam que estava evidente a inviabilidade do planejamento da saúde pública brasileira<sup>251</sup>.

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 (1998).

## **CAPÍTULO 4 – PROCESSO LEGISLATIVO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA (1989-2001)**

### **4.1 PROCESSO LEGISLATIVO DO PROJETO DE LEI N. 3.657/89: TRAJETÓRIA.**

#### **4.2 ATIVIDADE LEGISLATIVA**

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 Nacional (MENDES; COELHO; BRANCO; 2009)

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 reservando<sup>252</sup> à determinados órgãos, seja atribuindo ao Presidente da República (MENDES; COELHO; BRANCO; 2009).

---

<sup>251</sup> “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 retrocesso (ROCHA, 1994, p.10)”.

<sup>252</sup> 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 (MENDES; COELHO; BRANCO; 2009 p.916).

### 4.3 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 1989<sup>253</sup>, 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 (CAMARA DOS DEPUTADOS, 1989)”. 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 nacional<sup>254</sup> 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.

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.

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 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

---

<sup>253</sup> 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.

<sup>254</sup> 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.



reinternações e do Tempo Médio de Permanência Hospitalar (AMARANTE *et al*, 1995 [2015], p.59).”

A partir da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, segundo AMARANTE *et al* (1995 [2015]), 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) e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todos do Rio de Janeiro, deflagraram uma greve em abril de 1978:

“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 sociedade (AMARANTE *et al*, 1995 [2015], p.52)”.

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 psiquiatria 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 institucionalizado<sup>255</sup>. Além disso, tinha uma composição 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 mental (AMARANTE *et al*, 1995 [2015]).

Entendo que, diferentemente de Rosemary Corrêa Pereira (2004), 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 brasileiro.

---

<sup>255</sup> 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 (AMARANTE *et al*, 1995).

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 aprovação (PEREIRA, 2004, p.109)”.

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 tinha por diretriz inicial “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 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989)”. Previa também o atendimento em administrações regionais de saúde, a internação psiquiátrica compulsória e a revogação das disposições em contrário, especialmente, aquelas constantes do Decreto-Lei n. 24.559, de julho de 1934 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989).

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 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989).

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 sobrevivência (AMARANTE *et al*, 1995[2015], p.115)”.

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 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<sup>256</sup>.

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 saúde<sup>257</sup>, todavia ainda permitiu a existência do serviço privado psiquiátrico.

BASAGLIA (1982), 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 hospital:

“Os hospitais psiquiátricos e os hospitais normais não sabiam mais o que fazer. A imprensa reacionária recomeçou 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 eterna (BASAGLIA, 1982, p.58)”.

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.

---

<sup>256</sup> 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 publicas 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.

<sup>257</sup> Por exemplo, as previsões nos parágrafos 2º, 4º, 5º e 6º do artigo 1º da Lei n.180.

Essas observações são oportunas, pois contribuirão nas análises das razões do Paulo Delgado (PT/MG), autor do Projeto de Lei n. 3.657, 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, defendasse a extinção total dos hospitais psiquiátricos públicos<sup>258</sup>, tenha-se ainda preservado 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 lógica<sup>259</sup>, pois possibilitava ainda a 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 manicomiais nas esferas estadual e federal e o §3º do artigo supracitado instituía o Conselho Estadual de

---

<sup>258</sup> 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).

<sup>259</sup> SGARBI (2013), a esse respeito, distingue, ao menos, quatro usos habituais do conceito de lacuna no ordenamento jurídico: 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 (SGARBI, 2013, p.130).

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 finalidade (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989).

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, BASAGLIA (1982) ressalta a importância da família e da sociedade na reinserção do indivíduo na vida comunitária:

“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 família (BASAGLIA, 1982,p.30)”.

Assentado em uma perspectiva terapêutica presente, BASAGLIA (1982) advertiu, afirmando que a loucura é uma condição humana tal como a razão:

“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 vida (BASAGLIA,1982,p.33)”.

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 tal. A regulação da internação psiquiátrica compulsória já existia desde 1903, não sob essa ideia proposta 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 Antimanicomial (art.3º, *caput* e §§2º e 3º), 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 Pública<sup>260</sup> 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 Público<sup>261</sup>.

---

<sup>260</sup> 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 CFRB/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.

<sup>261</sup> 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 no texto constitucional de 1969). Assim, de

Paulo Delgado (PT/MG) ainda fez uso da noção de “sequestro” para se referir ao ato de retirada da pessoa em sofrimento psíquico do convívio social para a internação em instituição hospitalar, termo, ao que parece, 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.

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” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989).

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 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989)”. 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 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989)”.

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).

---

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.

Paulo Delgado criticou a “estrutura de coerção do manicômio (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989)”, 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 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989)”. 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 eficientes (Câmara dos Deputados, 1989, p.10.697)”.

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, uma vez que o Decreto de 1934, estava vigente, *a priori*, até o final do processo legislativo da Reforma Psiquiátrica, prevendo procedimento judicial e médico para a internação<sup>262</sup>, o que não significa dizer que a aplicação do dispositivo jurídico era suficiente para o fim da polícia sanitária estatal e o conseqüente 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.

---

<sup>262</sup> Art. 3º do Decreto –Lei n. 24.559/34.



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 segundo AMARANTE *et al* (1995,[2015]) denota a influência do preventivismo. 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 mentor (AMARANTE *et al*, 1995,p.100)”.

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 Previdência 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 conter o clientelismo e a corrupção, embora não alcançassem o êxito prático (AMARANTE *et al*,1995).

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 Cerqueirinha (AMARANTE *et al*, 1995, p.101)”. 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 tem 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 hospitalizantes (AMARANTE *et al*,1995,p.101)”.

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 atenção (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989, p.10.697)”.

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 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 com fraudes, 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 administração (AMARANTE et al,1995 [ 2015]).

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 (Câmara dos Deputados, 1989, p.10.697)”.

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 (CÂMARA

DOS DEPUTADOS, 1989)” - 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.

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 cidadãos (Câmara dos Deputados, 1989, p.10.697)”<sup>263</sup>.

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*.<sup>264</sup> O objetivo do Projeto Antimanicomial era “melhorar o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar da sua saúde (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989)”.

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, nesse sentido, um projeto piloto com caráter instrumental para a construção do Sistema Único de Saúde, já previsto na Constituição de 1988.

---

<sup>263</sup> A leitura e a publicação da matéria, bem como sua justificativa foram publicadas no Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano XLIV – n. 127 de 29 de setembro de 1989, p.10.696.

<sup>264</sup> Aliás, BASAGLIA (1982) 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. “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 (BASAGLIA, 1982,p.26)”.

Assim, a perspectiva da “proteção em parte dos direitos civis (CÂMARA DOS DEPUTADOS)” 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.

#### **4.4 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)<sup>265</sup>, 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)<sup>266</sup>, 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)<sup>267</sup>, ocasião em que 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.

#### **4.5 COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA (CSSF)**

---

<sup>265</sup> 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. 13756.

<sup>266</sup> 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.

<sup>267</sup> Sob a presidência do deputado Theodoro Mendes, estavam presentes os deputados, José Dutra e Mario Assad, vice-presidentes; Agassis Almeida, Araldo 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, 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.5370.

Em 18 de abril de 1990, na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)<sup>268</sup>, 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)<sup>269</sup>, 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.

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.

#### **4.6 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 Deputados<sup>270</sup> e foi colocado na ordem do dia

---

<sup>268</sup> 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.3143.

<sup>269</sup> 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. 8366.

<sup>270</sup> 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. 7877.

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, 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 proposição (Câmara dos Deputados, 1990, p. 7881)”.

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 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).

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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.7881)”.

Assim, pelo exposto, o deputado Harlan Gadelha (PMDB/PE) votou, em 4 de abril de 1990, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa (com emenda)<sup>271</sup> deste Projeto de Lei n. 3.657/89. No mesmo dia, a Comissão de

---

<sup>271</sup> 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 ( Câmara dos Deputados, 1990,p.7880).

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 relator<sup>272</sup>.

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 psiquiátricos (Câmara dos Deputados, 1990, p.7881)”.

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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.7881)”.

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.

---

<sup>272</sup> 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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.7780).



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.

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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.7881)”. 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 que viveu a infeliz experiência de internação em hospitais psiquiátricos: “Entre 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 anatomia (Câmara dos Deputados, 1990, p.7881)”.

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 Psiquiatria<sup>273</sup>

Encerrando sua análise, o relator apresentou duas considerações: a primeira tratava-se de artigo intitulado Reformulação da Assistência Psiquiátrica – Realidade Atual e Perspectivas<sup>274</sup>, 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.

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 psiquiátricos, em particular, cujo tratamento obedecerá critérios humanitários e científicos muito mais adequados, preservando-se ainda o direito que todos têm à cidadania (Câmara dos Deputados, 1990, p.7882)”.

---

<sup>273</sup> “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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.7881)”.

<sup>274</sup> “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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.7881-7882)”.

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)<sup>275</sup>

#### **4.7 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 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.<sup>276</sup>

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.

---

<sup>275</sup> “Compareceram os deputados: Joaquim Sucena, Presidente; Jorge Uequet. 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 Feitosa, 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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.7882)”.

<sup>276</sup> 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.14058.

#### **4.7.1 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 outros (Câmara dos Deputados, 1990, p. 14058)”.

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 geral<sup>277</sup>.

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.

#### **4.7.2 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 (Câmara dos Deputados, 1990, p. 14058)”.

Tratava-se de outra propositura contrária à extinção progressiva dos manicômios, uma vez que segundo Jorge Viana (PMDB/BA), Ricardo Fiúza, Líder do

---

<sup>277</sup> “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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14058)”.

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-psiquiátrica<sup>278</sup>.

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.

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 preventivista.

Além disso, a discurso do “hospital de psiquiatria como uma exigência de ordem médica e social” é tão retrógado, 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.

#### **4.7.3 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

---

<sup>278</sup> “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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14058)”.

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 (Câmara dos Deputados, 1990, p. 14058)”.

Em sua fundamentação defendeu que com o advento da Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a conseqüente 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.

De modo contrário ao deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), sua proposta previa a regulamentação de novos hospitais psiquiátricos a partir do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>279</sup>, 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”.

Trata-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.

#### **4.7.4 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 compulsória (Câmara dos Deputados, 1990, p.14059)”.

---

<sup>279</sup> “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, oque 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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14059)”.

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.

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 PDS<sup>280</sup>.

#### **4.7.5 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 outros(Câmara dos Deputados, 1990, p.14059)”.

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 assistencial<sup>281</sup>.

---

<sup>280</sup> “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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14059)”.

<sup>281</sup> “Dentro das normas e posturas legais existentes, os hospitais psiquiátricos devem e têm que ser construídos, 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

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 saúde<sup>282</sup>. 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.

#### **4.7.6 EMENDA MODIFICATIVA N.06**

Já na proposta de emenda modificativa n.06, o parlamentar Mozarildo Calvacanti (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 houver (Câmara dos Deputados, 1990, p.14059)”.

Buscou ampliar o prazo de comunicação da prescrição médica para de 24 horas para 48 horas<sup>283</sup>, além de apresentar críticas à Defensoria Pública como instância judicial preferencial para o ato de comunicação<sup>284</sup>. Foi o primeiro parlamentar a realizar crítica em relação à atribuição da Defensoria Pública como instância judicial, no Projeto

---

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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14059)”.

<sup>282</sup> 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.

<sup>283</sup> 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).

<sup>284</sup> 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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14059)”.



de Lei Antimanicomial. Também não falou sobre a internação psiquiátrica compulsória e sua previsão normativa.

#### **4.7.7 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:

“§ 2º 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 internação. § 3º 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 internado (Câmara dos Deputados, 1990, p. 14059)”.

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”.

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.

#### **4.7.8 EMENDA ATIVIVA N.08**

Por fim, Mozarildo Calvacanti (PFL/RR) propôs também a emenda aditiva n.08 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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14059)”. 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 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 ofensa 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 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 v. conhecimento ideológico basagliano no âmbito da assistência psiquiátrica. 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.

#### **4.8 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 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 final<sup>285</sup>.

#### **4.9 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 Deputados<sup>286</sup>. 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 ao deputado federal Inocêncio Oliveira (PFL/PE), utilizando a jurisprudência da Casa que 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.

---

<sup>285</sup> 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.14474.

<sup>286</sup> 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.

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, 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 (AMARANTE *et al*, 1995, p.60)”.

Como forma de justificar a sua proposta de ampliação da rede hospitalar privada, a Federação Brasileira de Hospitais 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. 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 saúde (AMARANTE *et al*,1995).

Dessa maneira, a convocação da Federação Brasileira de Hospitais, 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 – profundamente envolvido em casos de corrupção e com interesses lucrativos, tendo a saúde como mero argumento retórico. 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 no Rio de Janeiro, onde a FBH é mais forte; depois, em outros estados e municípios (AMARANTE *et al*, 1995 [2015],p.115)”.

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 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 recorreria 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 possível (Câmara dos Deputados, 1990, p.14475)”.

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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14475)”. 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, 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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14475)”. Assim, assinou parecer favorável à emenda assinada pelos deputados federais Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) e Luis Roberto 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.

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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14475)”.

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 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 manicomial e leitos psiquiátricos. Embora ambos se destinem ao atendimento de pacientes portadores de distúrbios mentais, há que se considerar as características de cada um deles (Câmara dos Deputados, 1990, p.14475)”.

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”.

Precariamente, Mozarildo Cavalcanti (PFL/RR) buscou esclarecer a distinção conceitual entre leitos manicomial 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:

“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 juízo 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? (Câmara dos Deputados, 1990, p.14475)”.

Nota-se que a questão central de análise conceitual, do deputado federal, deveria orbitar em torno do binômio leito manicomial *v.* 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 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 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, sujos e perturbantes. Por que uma reforma tão popular à época de sua implantação tomou-se, em tão breve tempo, uma verdadeira calamidade social?(Câmara dos Deputados, 1990, p.14475)”.

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?(Câmara dos Deputados, 1990, p.14475-14476)”.

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 gerais<sup>287</sup>, alegando que ela já 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

---

<sup>287</sup> “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 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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14476)”.

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 corrente. (Câmara dos Deputados, 1990, p.14476)”.

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.

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 provoca (Câmara dos Deputados, 1990, p.14476)”.

Lembrou também que foi aprovado sob o rito da urgência urgentíssima<sup>288</sup>, 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

---

<sup>288</sup> 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 (MENDES; COELHO; BRANCO, 2009, p.920).

providências, enfatizando a redação do art. 1º, em seu § 2º da Lei 8.142/90, nova Lei Orgânica da Saúde<sup>289</sup>.

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 Saúde<sup>290</sup>.

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 federação<sup>291</sup>. 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 legislação ultrapassada na própria Itália, que já revogou o que agora estamos estabelecendo aqui (Câmara dos Deputados, 1990, p.14476)”.

---

<sup>289</sup> 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 decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de Governo.

<sup>290</sup> 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 (Câmara dos Deputados, 1990, p.14476).

<sup>291</sup> Cabe ressaltar que a propositura do Projeto de Lei n. 3657 ocorreu em 12 de setembro de 1989 e a aprovação das Leis n.8080 e n.8142, respectivamente, em 19 de setembro e 28 de dezembro de 1990.

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 ao 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 Morazildo Cavalcanti (Câmara dos Deputados, 1990, p.14477)”.

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.

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 brasileiro (Câmara dos Deputados, 1990, p.14477)”.

Finalizando a discussão no Plenário da Câmara, no primeiro momento, o presidente Inocêncio Oliveira submeteu à votação a emenda de n. 08<sup>292</sup>, bem como as emendas que a Comissão de Constituição e Justiça e de Redação<sup>293</sup> e a Comissão de Seguridade Social e Família<sup>294</sup> 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 final do substitutivo a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados enviou o despacho ao Senado Federal (PL n. 3.657 –B/89)<sup>295</sup>.

## **4.10 PROCESSO LEGISLATIVO NO SENADO FEDERAL**

### **4.10.1 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)<sup>296</sup>, ocasião em que a Mesa Diretora despachou para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

---

<sup>292</sup> 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.

<sup>293</sup> 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.

<sup>294</sup> Acrescente-se ao art. 1º o seguinte parágrafo único: Parágrafo único: Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

<sup>295</sup> 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 – Nº 172, Câmara dos Deputados. p. 14479.

<sup>296</sup> 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.

Já na Comissão de Assuntos Sociais, no dia 04 de abril, houve avocação pelo Senador Almir Gabriel. Entretanto, no dia 10 de junho, decidiu-se pela relatoria do PLC n.8/91 a cargo do Senador José Paulo Bisol.

#### **4.10.2 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. 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 justificção 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, 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 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, 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 social (SENADO FEDERAL, 1991).

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 psiquiátricos, por sua vez, mantiveram a reprodução da lógica manicomial, como fica evidente na história da psiquiatria brasileira.

Segundo Jose Fogaça, 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 gigantescos 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 iatrogênico (SENADO FEDERAL,1991).

Todavia, o parlamentar não explicitou quais eram os “modernos métodos terapêuticos” refenciados. 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 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 exclusiva<sup>297</sup>.

---

<sup>297</sup> 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



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 Sociais (SENADO FEDERAL, 1991).

A proposta de Fogaça 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.

#### **4.10.3 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”.

Quanto à justificativa da proposta, Fogaça 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 brasileira. Nesse sentido, é possível 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.

#### **4.10.4 EMENDA MODIFICATIVA N.03**

---

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, 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 (SENADO FEDERAL, 1991).

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, 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, 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 parlamentar (SENADO FEDERAL,1991).

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 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, ocasião em que a matéria apresentou condições de ser incluída na pauta de reunião da Comissão de Assuntos Sociais

#### **4.10.5 RELATORIA, APRECIÇÃO 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, relator da matéria. Ocasião em que também foram apreciadas as emendas modificativas propostas por José Fogaça e Lourival Baptista.

Nessa relatoria, inicialmente, Bisol 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 públicos<sup>298</sup>, (II) a proibição de contratação ou financiamento pela Administração Pública, de novos leitos em hospital psiquiátrico, salvo nas regiões sem estrutura ambulatorial adequada<sup>299</sup> 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 gerais<sup>300</sup> e, por fim, (IV) o controle judicial das internações compulsórias<sup>301</sup>.

Em sua relatoria preliminar dos debates na Câmara dos Deputados, José Paulo Bisol 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 social (SENADO FEDERAL, 1991).

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,

---

<sup>298</sup> Art.1º, PL 3.657-B/89.

<sup>299</sup> Art.1º,§1º, PL 3.657-B/89.

<sup>300</sup> Importa salientar que o art.2º do PL n. 3.657-91/89, apresenta como recursos não-manicomiais 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 ofícios para atividades construtivas.

<sup>301</sup> Art.3º, PL n. 3.657-B/89.

nas discussões legislativas, ficava evidente e explicitado 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, 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-las (SENADO FEDERAL, 1991).

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.

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 dividiu o Projeto de Lei Antimanicomial em três mandamentos legais básicos (SENADO FEDERAL, 1991), 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 (SENADO FEDERAL, 1991) 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 Basaglia<sup>302</sup> 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 legislação.

Segundo José Paulo Bisol, 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.

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 terapêutico (SENADO FEDERAL,1991).

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 suplantando os hospitais revelou-se por enquanto, uma ilusão, afirmou Bisol.

José Paulo Bisol não citou a referência da consideração de Rotelli, tratando-se de uma apropriação da ideia do autor e sua resignação para justificar argumentos no sentido da permanência do hospital psiquiátrico não sob a perspectiva central do tratamento<sup>303</sup>. Além disso, Bisol foi, duramente, advertido por Franco Rotelli em ofício

---

<sup>302</sup> 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 (SENADO FEDERAL, 1991).

<sup>303</sup> 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. As 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 Jose Paulo Bisol ( SENADO FEDERAL,1991).

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 e que a reforma da Lei n.180 desejava a permanência dos manicômios com instância de tratamento.<sup>304</sup>

A partir da premissa do cenário legislativo internacional no campo da saúde mental, o parlamentar 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 psiquiátrica<sup>305</sup>. 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, 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 cidadã ( SENADO FEDERAL,1991). Verifica-se o discurso da construção

---

<sup>304</sup> Ofício datado de 19 de Outubro de 1991, assinado por Franco Rotelli, da *Direzione dei Servizi Psichiatrici di Trieste*, endereçado à Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal.

<sup>305</sup> 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 “ salvar a dignidade pessoa e os direitos humanos e civis” ( SENADO FEDERAL,1991).

da dignidade e do acesso à cidadania a partir do diagnóstico psiquiátrico, como elemento fundamental da relação Estado e “doente mental”.

A partir dessas argumentações, José Paulo Bisol 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 psiquiátrico ( SENADO FEDERAL,1991).

Assumi 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 mental (SENADO FEDERAL,1991).

Novamente, Bisol 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 aporia<sup>306</sup>.

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 salientou que os dois primeiros passos da Reforma 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 mentais (SENADO FEDERAL,1991).

---

<sup>306</sup> Bisol, 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.

Além disso, verificou-se a necessidade de deslocamento das verbas públicas do sustento da rede manicomial para a rede substitutiva<sup>307</sup>. Nesse sentido, José Paulo Bisol 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 alternativos<sup>308</sup>.

A reforma psiquiátrica proposta por José Paulo Bisol apresentava o hospital psiquiátrico como um importante instrumento da própria mudança, desde que invertida a substância estimatizante 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.

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/88. 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.

---

<sup>307</sup> 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 ambulatorios, 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 ( SENADO FEDERAL,1991).

<sup>308</sup> 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 ( SENADO FEDERAL,1991).



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 brasileiras ( SENADO FEDERAL,1991).

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 psíquico<sup>309</sup>. 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, Bisol 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 arbítrio ( SENADO FEDERAL,1991).

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 legal<sup>310</sup>. Ademais, ressaltou

---

<sup>309</sup> 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.

<sup>310</sup> Veja como entende a relação entre o âmbito jurídico e psiquiátrico, o senador José Paulo Bisol: Digase 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

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 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 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 necessária (SENADO FEDERAL,1991). 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 contraditório (art.5º, LV, CRFB/88) 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. Cabe 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 apresentou um tópico denominado de “questão infeliz” (SENADO FEDERAL, 1991) 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 manicomial.

O projeto de lei substitutivo de José Paulo Bisol encampou aspectos, em matéria de internações de natureza psiquiátrica, da Declaração de Caracas (1990) : internação somente se e quando necessária, e sempre em unidades especializadas dos hospitais

---

ocorre, pois, no aspecto estritamente psiquiátrico, ou a decisão daquele órgão homologa o diagnóstico ou ela se sustenta em perícia realizada por profissionais especializados ( SENADO FEDERAL,1991).

gerais<sup>311</sup>. 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.

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 Bisol 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.

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 eficácia (SENADO FEDERAL, 1991).

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 inconstitucional<sup>312</sup>.

Na proposta substitutiva, José Paulo Bisol relatou que em alguns países, registrou-se uma tendência em preservar os hospitais psiquiátricos, sobretudo, as

---

<sup>311</sup> 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.

<sup>312</sup> 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 (SENADO FEDERAL, 1991). Nota-se a compreensão do parlamentar no sentido de compreender a participação da iniciativa privada no projeto de reforma da psiquiatria brasileira.

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 absorvem, por conseguinte, a maior parte das internações involuntárias (SENADO FEDERAL,1991).

A filosofia do projeto substitutivo de Bisol 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 institucional<sup>313</sup>.

De acordo com Bisol, 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 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 (SENADO FEDERAL,1991).

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 Antimanciomial, 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<sup>314</sup>. O projeto se referia à Defensoria

---

<sup>313</sup> 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: 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 (SENADO FEDERAL,1991).

<sup>314</sup> 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

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 (SENADO FEDERAL, 1991)<sup>315</sup>.

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 constitucional de provocação da apreciação do Judiciário<sup>316</sup>. Trata-se apenas de controle revisional, pois seria, segundo Bisol, 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 estatal<sup>317</sup>, 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

---

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 (SENADO FEDERAL, 1991).

<sup>315</sup> Não há a menor possibilidade de passar por cima desse erro, afirma o senador Bisol. Observe-se que os parágrafos do artigo 3º., feita a referência à Defensoria Pública, colocam entre parênteses 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 (SENADO FEDERAL, 1991).

<sup>316</sup> 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 (SENADO FEDERAL, 1991).

<sup>317</sup> 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 (SENADO FEDERAL, 1991).

e respeitado o disposto pelo artigo 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal de 1988 (SENADO FEDERAL,1991).

O ideal para Bisol 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 (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 hospitais psiquiátricos públicos, que ficaria submetida, no tocante a sua duração ou permanência definitiva, a uma reavaliação com prazo para 1996.

O substitutivo afetava também a proibição de contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos, ressalvando 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 terceiros (SENADO FEDERAL,1991).

Quanto à análise das emendas propostas por José Fogaça, Bisol afirmou que o seu projeto substitutivo sob certo enfoque rejeitava às emendas propostas, mas sob outro prima 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 reforma.

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, desejar a extinção dos hospitais psiquiátricos ( públicos e privados) era “ impedir a reforma”.

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 argumentos supracitados, o parlamentar externou sua “incerteza” quanto à conveniência da permanência do hospital psiquiátrico.

Na sua proposta substitutiva, Bisol eliminou qualquer possibilidade de distinção entre hospital psiquiátrico, manicômio e estabelecimentos similares, porque abrir essa dilação hermenêutica seria o mesmo que antecipar obstáculos à reforma (SENADO FEDERAL,1991).

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 lei<sup>318</sup>. 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, Bisol disse que elas são, em outras perspectivas, expedientes e instrumentos de luta, contra a implantação do modelo não hospitalocêntrico de atendimento dos doentes mentais<sup>319</sup>. No que tange à emenda do senador Lourival Baptista, ela foi, em parte substancial, incorporada ao projeto substitutivo.

Por fim, José Paulo Bisol concluiu pelo “incomum mérito humano, social e moral do projeto, cujos fins precisam ser preservados (SENADO FEDERAL,1991)”, reconhecendo a injuridicidade parcial, que abrangia os dispositivos que regulassem o controle das internações de natureza psiquiátrica<sup>320</sup>.

Em 04 de dezembro de 1991, foi concedida vista aos Senadores Lucídio Portella e Senador Beni Veras.

---

<sup>318</sup> 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 ( SENADO FEDERAL,1991).

<sup>319</sup> 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 ( SENADO FEDERAL,1991).

<sup>320</sup> Afirma Bisol: Concluímos, outrossim, pela apresentação de substitutivo que, além de eliminar a inconstitucionalidade e rejeitar as emendas, aprime a rigidez de seus mandamentos proibitivos ao concreto vir a ser de uma reforma psiquiátrica, crie objetivamente o “devido processo legal” das internações e 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 ( SENADO FEDERAL,1991).

#### **4.10.6 APRECIÇÃO 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 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 mental ( SENADO FEDERAL,1991).

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 não tratou se sua natureza seria privada ou pública.

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 fracasso<sup>321</sup>, bem como não 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 manifestou-se pela inadequação do Projeto de Lei da Câmara n.08/91, no atendimento da assistência psiquiátrica do país ( SENADO FEDERAL,1991).

---

<sup>321</sup> Há nos Estados Unidos 100.000 (cem mil) doentes mentais recolhidos em cadeias (P-J.Hilts, do New York Times, 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 (SENADO FEDERAL, 1991).



Na construção de sua argumentação relatou que, segundo Ulysses Pernambuco, o curador natural do doente mental é o psiquiatra, destacando a afirmação de Henry Ey ao dizer que o psiquiatra não é o carcereiro do doente mental. 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.

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, Portella 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 gratuitos (SENADO FEDERAL,1991).

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<sup>322</sup>.

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 morbida” (SENADO FEDERAL,1991), resistindo ao tratamento extra ou intra-hospitalar. Preocupado, segundo ele, com a pessoa em sofrimento psíquico e o

---

<sup>322</sup> 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 tornará insuportável o exercício das responsabilidades psiquiátricas nesses estabelecimentos. Consequentemente, sua aprovação produzirá o mesmo resultado do Projeto que quer substituir ( SENADO FEDERAL,1991).

exercício do direito de não se submeter ao tratamento psiquiátrico, inclusive nos cuidados extra-hospitalares<sup>323</sup>.

No campo jurídico, Portella 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 doença (SENADO FEDERAL,1991).

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 involuntárias<sup>324</sup>. De acordo com Portella, o substitutivo impediria, sobretudo as pessoas mais pobres, de se tratarem e servirem dos leitos (contratados ou administrados pela administração pública) psiquiátricos<sup>325</sup>.

A proposta substitutiva de Lucídio Portella (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

---

<sup>323</sup> 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 (SENADO FEDERAL,1991). 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.

<sup>324</sup> 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 ( SENADO FEDERAL,1991).

<sup>325</sup> 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 que querem livrar-se ao buscarem um hospital ( SENADO FEDERAL,1991).

própria sorte, sem amparo que o Poder Público tem o dever de oferecer-lhes ( SENADO FEDERAL,1991).

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 comuns: diagnósticos, tratamento e reinserção social do paciente, sempre que possível (SENADO FEDERAL,1991).

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 carcerária<sup>326</sup>. 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 longevidade<sup>327</sup>.

Portella 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 intervir.

---

<sup>326</sup> 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 ( SENADO FEDERAL,1991).

<sup>327</sup> 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 ( SENADO FEDERAL,1991).

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 curado (SENADO FEDERAL,1991). Dessa forma, justificou o argumento em defesa da 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 institucional (SENADO FEDERAL,1991).

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 alicerçada em fundamentos científicos e técnicos e nunca por interesses políticos ou particulares.

Na sua proposta substitutiva, Lucídio Portella 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).

#### **4.10.7 APRECIACÃO 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 realizou uma breve nota sobre a trajetória legislativa do Projeto de Lei Antimanicomial<sup>328</sup>. 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.

---

<sup>328</sup> 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, que apresentou, na sessão de 04 do corrente, parecer favorável, na forma de substitutivo ( SENADO FEDERAL,1991).

Veras destacou a iniciativa do senador Almir Gabriel em promover um debate<sup>329</sup>, 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-pacientes (SENADO FEDERAL,1991).

De modo crítico, o parlamentar afirmou que o substitutivo apresentado por Bisol 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 judiciária (SENADO FEDERAL,1991).

O argumento central na análise parlamentar estava relacionado à submissão dos atos médicos e técnicos ao devido processo legal, em que Veras criticou esse dispositivo no substitutivo do Bisol, 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, Veras 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 públicos (SENADO FEDERAL,1991).

Nesse sentido, expôs críticas ao atendimento psiquiátrico brasileiro à época, comparando-o à psiquiatria asilar, que sugeria a marginalização das pessoas em sofrimento psíquico.<sup>330</sup> Ao dissertar sobre a relação econômica e os leitos psiquiátricos, o parlamentar, no caso brasileiro, ressaltou que era fenômeno conhecido o uso

---

<sup>329</sup> 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, adocece, isola e estigmatiza seus pacientes ( SENADO FEDERAL,1991). Reconhecimento do fracasso da assistência psiquiátrica brasileira, inclusive por parte dos gestores públicos e privados, havendo ainda que desejasse a manutenção do *status quo* econômico dos leitos psiquiátricos, priorizando a “humanização” da instituição psiquiátrica.

<sup>330</sup> 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 (SENADO FEDERAL,1991).

instrumental da internação para a preservação de prestações beneficiárias por incapacidade<sup>331</sup>.

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.08/91<sup>332</sup>. Na Conferência de Caracas, da qual participaram associações 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 planejada, 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 reforma (SENADO FEDERAL,1991).

Em relação ao projeto substitutivo do senador Bisol, Beni Veras 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 processuais<sup>333</sup>, (b) a representação

---

<sup>331</sup> É um pacto perverso que o trabalhador -desempregado, sub-empregado- realiza com a Previdência Social através da rede de leitos manicomial, e, o faz inconscientemente na maior parte das vezes, trocando a sobrevivência imediata pela entrada - quase sempre irreversível- no circuito da cronificação hospitalar (SENADO FEDERAL,1991).

<sup>332</sup> Beni Veras afirma que não se pode 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; e, finalmente, controlar, através da justiça, as internações involuntárias, como determinam todos os órgãos internacionais a que o Brasil se vincula, e está presente nas várias legislações de países europeus e americanos (SENADO FEDERAL,1991).

<sup>333</sup> 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 enuncia a questão jurídica como preponderante, quando o cerne do problema é a política de saúde mental, afirmar Beni Veras ( SENADO FEDERAL,1991).

social da periculosidade do doente mental<sup>334</sup>, (c) normalização de internações psiquiátricas<sup>335</sup> e (d) tratamento diferenciado a leitos públicos e privados<sup>336</sup>.

Quanto à cidadania, aos direitos civis e à inimputabilidade no Direito Penal da pessoa em sofrimento psíquico<sup>337</sup>, Beni Veras, 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 momento (SENADO FEDERAL, 1991).

Assim, Beni Veras destacou a contribuição das considerações do senador Bisol 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.

---

<sup>334</sup> 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 declara que o relatório do parlamentar Bisol, 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 ( SENADO FEDERAL,1991).

<sup>335</sup> 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 ( SENADO FEDERAL, 1991).

<sup>336</sup> Em oposição à diferenciação entre leitos públicos e privados, segundo Beni Veras 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 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 manicomialis (SENADO FEDERAL,1991).

<sup>337</sup> O **estatuto do doente mental** ( grifo original) será objeto de análise multidisciplinar em 1992, segundo anuncia o pré-programa da II Conferencia 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 (SENADO FEDERAL,1991).

Nesse sentido, em defesa da participação do setor privado no processo da reforma psiquiátrica, Beni Veras ressaltou a preocupação do setor privado quanto aos rumos da política nacional, 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 legítimos<sup>338</sup>.

Quanto à emenda do senador Lourival Batista 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 alegou que as entidades científicas estavam se manifestado favoráveis a ampliação do prazo<sup>339</sup>, em razão das dificuldades do funcionamento da justiça no Brasil (SENADO FEDERAL, 1991).

Diante do exposto, com parecer favorável ao projeto original, propôs emendas (ANEXO VII)<sup>340</sup> que, segundo o parlamentar, não tocariam o espírito do projeto. Assim, as emendas teriam a 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

---

<sup>338</sup> Os prestadores de serviços privados – que detem ¾ 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 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”, 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 (SENADO FEDERAL, 1991).

<sup>339</sup> 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, 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 (SENADO FEDERAL, 1991).

<sup>340</sup> As emendas se encontram no Anexo VII.



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 ( art.18º,§1º).

Segundo Veras, 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, e a emenda apresentada pelo senador Lourival Batista<sup>341</sup>.

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<sup>342</sup>.

No dia 10 de dezembro de 1991, os senadores Lucídio Portella e Beni Veras 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.

---

<sup>341</sup> 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 crônico, 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 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 (SENADO FEDERAL, 1991).

<sup>342</sup> A realidade dos manicômios brasileiros não admite que se adie por mais tempo essa importante decisão de saúde 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 por ter possibilitado a discussão competente e aprofundada do tema, bem como ao senador Paulo Bisol, cujo brilhante relatório nos foi subsídio valioso. E de louvar-se também o empenho do ilustre senador Lucídio Portella que, embora manifeste discordâncias em relação ao projeto, não se furtou a contribuir para sua discussão, afirmou Beni Veras (SENADO FEDERAL, 1991).

#### **4.11 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 (YASUI, 2010, p.59)”.

A partir da proposta do PL n. 3.657/89, diversos Estados da federação iniciaram alterações legislativas para alinharem a prestação de ações e serviços em saúde mental aos debates legislativos em ocorrência no 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 federação.

Conforme YASUI (2010), 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 prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) que não apresentassem as condições mínimas de funcionamento:

“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 mental (YASUI, 2010, p.57)”.

É curioso 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 recepção<sup>343</sup>. 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).

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.

---

<sup>343</sup> 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).

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, que não correspondia aos anseios das transformações sociais já em curso.

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, YASUI (2010), salienta que em relação à I CNSM, o relatório final não foi tão contundente na crítica ao modelo econômico, tampouco ao momento político.

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 sociedade (YASUI, 2010).

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 Saúde (YASUI, 2010).

Em 1993, foi realizado o III Encontro Nacional de Usuários e Familiares<sup>344</sup>, na cidade de Santos – São Paulo, ocasião em que foi redigida a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental. De acordo com YASUI (2010), tal documento reforça os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, apresentando

---

<sup>344</sup> “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 (YASUI,2010,p.58)”.

novidades no processo de elaboração: um texto discutido e debatido pelos usuários e familiares:

“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 próprias (YASUI, 2010,p.61-62)”.

No mesmo ano, em dezembro, concretizou-se a proposta de criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP).

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 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.

#### **4.12 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 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 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 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.

Na Comissão de Assuntos Sociais, recebeu três emendas: duas do senador José Fogaça (emendas n.1 e n.2) e uma do senador Lourival Baptista (emenda n. 3). Ao comentar a emenda n.1, Lúcio Alcântara 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 psiquiátricos (SENADO FEDERAL,1995).

Tal análise ratifica a hipótese de que não se buscou eliminar a assistência psiquiátrica exclusivamente privada. A emenda n.2 mantinha o hospital psiquiátrico entre os “recursos não-manicômiais de atendimento”, previstos no art.2º (SENADO FEDERAL,1995).

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 Paulo Bisol, apresentado em 4 de dezembro de 1991, foi favorável à aprovação do projeto na forma de substitutivo (SENADO FEDERAL,1995).

Ao comentar a relatoria do senador Paulo Bisol, Lúcio Alcântara 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 gerais (SENADO FEDERAL,1995).

O substitutivo de Bisol, segundo Lúcio Alcântara, 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 dispendidos para a criação e o desenvolvimento de alternativas não-manicomiais (SENADO FEDERAL,1995).

Outra crítica apresentada por Alcântara estava relacionada a transformação do projeto, por meio do substitutivo de Bisol, de instrumento de reforma no campo da Saúde Pública, em instrumento de reforma de práticas judiciais<sup>345</sup>, ao “dar preponderância a questões jurídicas e processuais e centrar suas preocupações no “devido processo legal” que deveriam seguir as internações psiquiátricas (SENADO FEDERAL,1995,p.5.514)”.

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 Pública<sup>346</sup>. Deu razão, inclusive ao senador Bisol, ao atribuir ao Ministério Público e não à Defensoria Pública o controle judiciário das internações compulsórias (SENADO FEDERAL, 1995).

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

---

<sup>345</sup> “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 (SENADO FEDERAL,1995,p.5.514)”.

<sup>346</sup> Afirma Lúcio Alcântara, 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 (SENADO FEDERAL,1995,p.5.514).

ser reconhecido o direito inegável de participarem como atores políticos legítimos, concluiu Alcântara.

Ressaltou que o voto em separado do senador Lucídio Portella representou profunda discordância em relação ao projeto, ao apoiar, expressamente, o discurso do presidente da Associação Mundial de Psiquiatria. Além de dizer que Portella descaracterizou<sup>347</sup> a reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado, ao dispor sobre os “estabelecimentos de tratamento de doenças mentais” (SENADO FEDERAL,1995,p.5.514).

Quanto ao voto em separado do senador Beni Veras, Lúcio Alcântara apenas descreveu a proposta apresentada pelo parlamentar e prosseguiu na constituição do seu voto, indicando que poucas matérias despertaram tanto interesse e participação como o Projeto Paulo Delgado, especialmente, depois que ele chegou ao Senado Federal no início de 1991<sup>348</sup>.

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 projeto (SENADO FEDERAL,1995).

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 retrocesso ( SENADO FEDERAL, 1995). O parlamentar,

---

<sup>347</sup> 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 deixa de lado as principais questões trazidas pelo projeto, impedindo a realização da reforma psiquiátrica pelo seu caráter anódino (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.514-5.515).

<sup>348</sup> “Em 5 de maio daquele ano, por iniciativa do senador Almir Gabriel, 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 ( SENADO FEDERAL,1995,p.5.515)”.



então, reconheceu a importância de uma norma federal regular e estabelecer diretrizes para as leis estaduais.

De modo enfático, o senador Lúcio Alcântara afirmou que não acataria a emenda substitutiva do senador José Fogaça, do mesmo modo que haveria rejeição ao substitutivo do Lucídio Portella, além da renúncia ao princípio expresso no parecer do senador Bisol: “os hospitais psiquiátricos ou manicômios são instrumentos superados técnica e ideologicamente, constituindo-se de recursos caros e ineficientes (SENADO FEDERAL,1995,p5.515)”.

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 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 Unidas<sup>349</sup>.

Alcântara também discordou da emenda oferecida por Beni Veras (emenda n.2) que estabelecia o critério quantitativo em 10 % para a desativação dos leitos existentes nas unidades federadas<sup>350</sup>. 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 dispender

---

<sup>349</sup> 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 (SENADO FEDERAL,1995,p.5.516).

<sup>350</sup> 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 ambulatorias é muito pequena ( SENADO FEDERAL,1995,p.5.516).

menos recursos na construção da rede de serviços alternativos do que gastava com a assistência psiquiátrica (SENADO FEDERAL,1995).

O parlamentar decidiu em sentido favorável às demais emendas apresentadas pelo senador Beni Veras, presentes no substitutivo de Bisol, 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.

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 municipal (SENADO FEDERAL,1995).

Além disso, ratificou o posicionamento dos senadores Paulo Bisol 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 CRFB/88)<sup>351</sup>.

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 (SENADO FEDERAL,1995,p.5.516)”. 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

---

<sup>351</sup> Além disso, concordou com a emenda do senador Lourival Baptista, 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 ao ampliar para 48 horas o prazo de notificação da internação compulsória ao Ministério Público ( SENADO FEDERAL,1995,p.5.516).

(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) “ planificação” por “planejamento”; (c) “recursos” (referindo-se a serviços) por “ serviços”;

Continuando na troca, (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 auditorias (SENADO FEDERAL,1991,p.5.517).

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 (SENADO FEDERAL,1997,p.5.517)”. 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, 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 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.

#### **4.13 VOTO DO SENADOR GILVAM BORGES**

No dia 23 de novembro de 1995, ocorreu a publicação do voto do senador Gilvam Borges. 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 (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.518)”. Ressaltando que, em 4 de dezembro de 1991, o senador

José Paulo Bisol 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, Beni Veras e Lucídio Portella, o projeto não chegou a ser votado no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais, o que ressaltava o caráter altamente controverso do projeto. “Na legislatura, a relatoria foi confiada ao Lúcio Alcântara, que apresentou um parecer circunstanciado, que aprovou o projeto, com emendas, recomendando a oitiva da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.518)”.

Em concordância com Beni Veras, Gilvam Borges 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 manicomialis<sup>352</sup>.

O argumento central de Gilvam Borges 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 mau funcionamento do manicômio<sup>353</sup>. 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

---

<sup>352</sup> 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 (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.519).

<sup>353</sup> Entendemos que alguns pacientes, atualmente, internados em hospitais manicomialis, poderiam ser transferidos para outra espécie de estabelecimento. Esta situação, no entanto, não deve ser creditada à existência dos manicômios e sim ao escasseamento dos recursos e de uma política em prol da valorização dos profissionais que realizam o acompanhamento do doente mental (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.519).

conceitos para justificar seu posicionamento parece estar desconexa com o argumento central do parlamentar<sup>354</sup>.

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 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.

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( SENADO FEDERAL,1995,p.5.519)”.

No dia 23 de novembro de 1995, a Comissão de Assuntos Sociais rejeitou o relatório do senador Lúcio Alcântara e aprovou o voto em separado do senador Lucídio Portella (ANEXO IX), pela aprovação na forma do substitutivo, que se tornou o parecer da Comissão.

---

<sup>354</sup> 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 extinguí-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 ( SENADO FEDERAL,1995).

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. 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 15/5/91 e 5/6/91.

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 (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.507)”. 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 dominante (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.507)”.

Ao criticar a reforma psiquiátrica italiana, Portella afirmou que Franco Basaglia tinha reconhecido que as mudanças no campo da psiquiátrica tinham “interesses ideológicos e desinteresses técnico-científicos (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.507)”.

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 (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.507)”.

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”<sup>355</sup>, Lucídio Portella alegou

---

<sup>355</sup> “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

que “muitos passaram a crer que a assistência comunitária resolveria sozinha todos os problemas de saúde mental (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.507)”.

De acordo com o Portella, 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, ainda, daquele cuja família dispunha de tempo e recursos para acompanhá-lo (SENADO FEDERAL, 1995).

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, 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 (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.508)”.

Portella também apontou que a justificativa do deputado federal Paulo Delgado 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 vida ( SENADO FEDERAL,1995,p.5.508)”.

Questionava-se se seria “sequestro ilegal” – como se pudesse haver sequestro legal - acolher o paciente em sofrimento mental, muitas vezes sujo, faminto, andrajoso e

---

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 ( SENADO FEDERAL,1995,p.5.507-5.508)”.

confuso para dar-lhe higienização, alimentação, vestimenta, medicamentos e até carinho e respeito humano?<sup>356</sup>

Para Portella 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 assinalavam 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 afirmou que o PLC n.8/91 se limitava à três medidas pontuais de caráter ideológico (anti-psiquiátricas): (1) a extinção dos manicômios<sup>357</sup>, (2) a regulamentação das internações compulsórias<sup>358</sup> e (3) a extinção progressiva<sup>359</sup>.

---

<sup>356</sup> “Como argumento de autoridade, Portella 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. (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.508)”.

<sup>357</sup> “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 (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.509)”.

<sup>358</sup> Por comprometer a técnica legislativa, Portella 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 (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.509).

<sup>359</sup> “Quanto à extinção progressiva, ela seria precipitada, posto que, segundo Portella, uma entidade sem futuro estaria previamente morta como na Itália e nos Estados Unidos, onde esse fenômeno foi chamado



Na sequência, Portella examinou as emendas propostas pelo senador Lúcio Alcântara, 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 (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.510)”.

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 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 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 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 (SENADO FEDERAL, 1995, p. 5.510)”. 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 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 desejou um

---

de *dumping*, quer dizer, descarga em massa dos doentes para fora dos hospitais (SENADO FEDERAL, 1995, p.5.509)”.

projeto de lei que incorporasse uma política nacional de saúde mental<sup>360</sup> para o cenário brasileiro, “junto de mecanismos de lei que protegessem os direitos das pessoas com distúrbios mentais, onde quer que elas fossem assistidas (SENADO FEDERAL,1995,p. 5.510)”.

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, 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 (SENADO FEDERAL,1995,p.2.141)”.

A emenda n.3 –Plen/96 também já tinha sido proposta pelo senador Lúcio Alcântara, sob a denominação de emenda n.2 – CAS. Quanto à emenda n.4- Plen/96, o senador José Eduardo Dutra, nas razões de justificativa, afirmou que “apontava para uma melhor organização na operacionalização do sistema, quanto à divisão de competência por instâncias administrativas (SENADO FEDERAL,1996, p.2.142)”.

Na emenda n.5-Plen/96, o senador José Eduardo Dutra afirmou que “ o principal objetivo era garantir a retidão do procedimento (no caso, a internação involuntária), com

---

<sup>360</sup> “Assim, a proposta parlamentar tinha como finalidade, de modo resumido: que os portadores de transtornos mentais tivessem seus **direitos fundamentais de pessoa humana** 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**. Diferentemente, das auditorias, que exerceriam tal controle apenas por amostragem, esta Comissão reveria 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 (SENADO FEDERAL,1995, p.5.510-5.511)”.

total respeito aos direitos individuais do paciente (SENADO FEDERAL,1996,p.2.142)”.

Lúcio Alcântara 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 1995<sup>361</sup>, foram retomadas no ano de 1996 e incluídas, novamente, na pauta para a avaliação da Comissão de Assuntos Sociais.

Em razão da apreciação de outras emendas na Comissão de Assuntos Sociais, cuja relatoria foi realizada pelo senador Lucídio Portella em 1996, ocorreram novas propostas de alterações legislativas, bem como a apresentação do substitutivo pelo parlamentar.

Portella 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 Sociais.

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 Comissão de Assuntos Sociais passou a ser denominado emenda n.1<sup>362</sup>. Em plenário, foram oferecidas sete emendas, sendo quatro de autoria do senador Lúcio Alcântara e três do senador José Eduardo Dutra. Por reconhecer, que algumas emendas apresentadas possuíam igual teor aquelas já discutidas, Portella 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 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 texto.

---

<sup>361</sup> No dia 23 de novembro de 1995, a Comissão de Assuntos Sociais rejeitou o relatório do senador Lúcio Alcântara.

<sup>362</sup> “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 (SENADO FEDERAL, 1996,p.2.390)”.

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 basilares.

Para a análise das emendas de Plenário, Lucídio Portella 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 conceitual.

Evocando a possibilidade de desfiguração do espírito do substitutivo, a partir das emendas apresentadas pelos nobres senadores Lúcio Alcântara e José Eduardo Dutra, Portella sinalizou sua preocupação caso fossem aceitas as emendas *in limine*, 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 Sociais

Em relação à emenda n.2, Portella 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 psiquiátrico.

Renovava, assim, segundo Portella, 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 Inglaterra<sup>363</sup>.

---

<sup>363</sup> Segundo Lucídio Portella, passado menos de três meses, confirmou-se, contundentemente, o seu questionamento. 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 ( SENADO FEDERAL, 1996).

Como forma de justificar seu posicionamento, a partir de argumentos de autoridade, o parlamentar citou um trecho da conferência de Franco Rotelli realizada no Rio de Janeiro<sup>364</sup>.

Além disso, Portella 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 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 Sociais.

Em conclusão, ficava evidente o interesse do senador Lucídio Portella em manter seu projeto substitutivo inalterado, como foi aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais, não aprovando as propostas desalinhadas às perspectivas ideológicas já consolidadas em outras discussões parlamentares no Senado.

Em relação à emenda n.3, Portella 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 literis*, em 1991, pelo senador Beni Veras, sob a forma de voto em separado.

Pautado nas considerações técnicas do senador Lúcio Alcântara que considerou pela rejeição total da proposição do Beni Veras, Lucídio Portella entendeu ser superada essa questão, acrescentando apenas que os critérios quantitativos e os prazos pré-fixados não suportavam as diferenças qualitativas ( dos doentes, das doenças psiquiátricas,

---

<sup>364</sup> 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.

assim como do desenvolvimento imprevisível dos conhecimentos científicos e das condições sociais). Assim, declarou a inviabilidade da emenda n.3.

É curiosa a forma de argumentação do parlamentar, que anteriormente havia rejeitado a emenda n. 1-PLEN/96 de autoria do senador Lúcio Alcântara. Ao que parece, Portella adotou em sua relatoria concepções parlamentares que fossem ao encontro da sua a proposta psiquiátrica, desconsiderando outras análises ou considerando-as superadas.

Por fim, reforçou o pensamento de José Fogaça ao dizer que o hospital psiquiátrico ainda era a referência, o *locus* especializado para o tratamento de doença mental em algumas de suas formas e estágios. Rejeitou, portanto, a emenda de José Eduardo Dutra.

Na análise da emenda n.4 de autoria do senador Lúcio Alcântara, de natureza substitutiva e já demonstrada em seu parecer pela Comissão de Assuntos Sociais e por não ter apresentação de justificativa, Portella procedeu sua análise em duas considerações: o *caput* e os parágrafos.

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 aprovado.

Dessa maneira, para que houvesse adequação e compatibilidade com a sua proposta substitutiva, Portella foi favorável a aprovação da subemenda n.1 do art.4º do substitutivo da Comissão de Assuntos Sociais:

Acrescente-se o seguinte §4º, ao artigo 4º, do substitutivo aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais – Emenda n.1:

§4º 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<sup>365</sup>.

---

<sup>365</sup> Retirou a expressão “serviços não-manicomiais”, e “a progressiva substituição dos leitos de característica manicomial” e incluiu os ambulatorios psiquiátricos.

Na análise do §1º da emenda n.4, Portella 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 parágrafo.

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”.

Tais medidas teriam caráter ideológico, contrárias à realidade e à conduta científica, segundo Portella. 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 Japão<sup>366</sup>. Afirmou que nos países onde se implantou uma política de desospitalização, como Itália e Inglaterra, procurasse revertê-la a todo custo.

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 psiquiátricos (SENADO FEDERAL,1996).

Em relação ao §3º que prescrevia a constituição de Conselhos de Reforma Psiquiátrica, Portella 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 Saúde.

---

<sup>366</sup> 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? (SENADO FEDERAL,1996).

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 recomendações.

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 mental.

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 injurídico.

O §5º da emenda n. 4 foi elogiado por Lucídio Portella, 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 exploração<sup>367</sup>.

Por considerar que o §5º preservava os direitos do paciente crônico, em situação de dependência institucional, Portella aprovou parcialmente a proposta do senador Lúcio Alcântara, na forma da subemenda ao substitutivo:

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

---

<sup>367</sup> Lucídio Portella ressaltou que o primeiro relator do PLC n.8/91, José Paulo Bisol, 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.



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 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 caso.

Quanto à emenda n.5 proposta pelo senador José Eduardo Dutra, Portella 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 Sociais.<sup>368</sup> 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.

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 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 compulsória.

Na primeira, o senador José Eduardo Dutra utilizou a expressão “internação psiquiátrica involuntária”, enquanto que na emenda n.7 do senador Lúcio Alcântara 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) e ao Ministério Público (senador Lúcio Alcântara), no lapso de tempo de 48 horas ou 72 horas, internações qualificadas como casos de sequestro ilegal. Relatou, assim, que as duas emendas insistiam nos mesmos equívocos técnicos e filosóficos, inclusive jurídicos.

Primeiramente, de acordo com Portella, 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

---

<sup>368</sup> 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 (SENADO FEDERAL,1996).

hospitais escondiam, habitualmente, os sequestros e que os psiquiatras e os outros profissionais de saúde eram coniventes.

Assume Portella 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 médica<sup>369</sup>. Não seria, entretanto, através de legislação constrangedora a alguns respeitáveis segmentos profissionais que se atingiria essa pretensão (SENADO FEDERAL,1996).

Portella 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 1990<sup>370</sup>.

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 hospital.

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

---

<sup>369</sup> 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.

<sup>370</sup> A internação compulsória seria um 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 ( SENADO FEDERAL,1996).

da hospitalização involuntária. Dessa maneira, Portella se posicionou pela rejeição das emendas n.6 e 7.

A emenda n. 8 do senador Lúcio Alcântara consistia, segundo Portella, 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 dos artigos 24 e 25 da Lei 8.080/90, não deveria ser prevista, uma vez que tais dispositivos impediriam, totalmente, o incentivo proposto.

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 lucrativos.

Quanto à revisão da lei pelo Congresso Nacional após cinco anos da sua publicação, proposta incluída no art.5º, Portella considerou desnecessário tal medida, uma vez que se determinasse o prazo de cinco anos, 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.8.

Em conclusão, Portella se manifestou pela rejeição das emendas n.2, 3,6, 7 e 8; e pela aprovação parcial das Emendas n.4 e 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)

#### **4.14 REQUERIMENTO N.64 DE 1997**

O senador Roberto Freire 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 (SENADO FEDERAL, 1997,p.2.795)”.

Em 22 de janeiro, José Sarney, então presidente do Senado Federal, enviou o Of. SF/070/97 comunicando ao senador Beni Veras, presidente da Comissão de Assuntos Sociais, a apresentação do Requerimento n.64.

#### **4.15 REQUERIMENTO N.212 DE 1997**

O senador Roberto Freire 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 Fernandes, 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 (SENADO FEDERAL,1997, p.6.189)”.

#### **4.16 REQUERIMENTO N.224 DE 1997**

O senador Lucídio Portella 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 se encontrava esgotado (SENADO FEDERAL,1997, p.6.860)”. Lúdio Coelho 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.

#### **4.17 REQUERIMENTO N. 584 DE 1998**

Assinado, em 18 de novembro de 1998, pelo senador Hugo Napoleão 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 conclusiva<sup>371</sup>.

---

<sup>371</sup> 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

Dessa maneira, Antônio Carlos Magalhães afirmou que o presente requerimento entraria na ordem do dia da próxima sessão. Pedro Simon interrompeu a sessão interrogando sobre a colocação do PLC n.8/91 na próxima sessão. Em resposta, Antônio Carlos Magalhães afirmou que o requerimento estava na urgência “c”. Pedro Simon 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 Federal.

O requerimento n.584 foi aprovado com 54 votos (sim) e 2 votos (não), 8 abstenções, total de 64 votos. Houve a comunicação ao presidente da República (SENADO FEDERAL,1998,p.17.629)”.

#### **4.18 REQUERIMENTO N.595 DE 1998**

Os senadores Sérgio Machado, Edison Lobão e Jader Barbalho, 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 (SENADO FEDERAL, 1998, p.17.629)”.

#### **4.19 PARECER N. 688 DE 1998**

O senador Sebastião Rocha 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 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 psiquiátrica.

---

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 ( SENADO FEDERAL,1998,p.17.477).

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 psiquiátricas de caráter, meramente, asilar<sup>372</sup>, cuja atuação não tinha como objetivo tentar recuperar ou reinserir os doentes em seu meio, mas apenas segregá-los (SENADO FEDERAL,1998).

Como se nota, o parlamentar reconheceu que a assistência psiquiátrica realizada no Brasil era degradante e não possuía o caráter terapêutico, “normalizador”, renunciado pelos arautos defensores do projeto da psiquiatria orgânica, de modelo biomédico.

Ao continuar a relatoria, Sebastião Rocha 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 familiar<sup>373</sup>.

A fim de mostrar o panorâma dos leitos psiquiátricos no país, o parlamentar utilizou dados numéricos do sistema Datusus demonstrando a situação do atendimento psiquiátrico relativos à agosto de 1997<sup>374</sup>. Constatou que era possível também avaliar o grau de utilização, no atendimento psiquiátrico, de serviços profissionais especializados.

---

<sup>372</sup> Segundo Sebastião Rocha, 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 (SENADO FEDERAL,1998).

<sup>373</sup> 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 ( SENADO FEDERAL, 1998).

<sup>374</sup> 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 ( SENADO FEDERAL,1998).

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 privados.

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 especializado (SENADO FEDERAL,1998).

Segundo Sebastião Rocha, 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 doentes ( SENADO FEDERAL,1998).

O movimento da reforma psiquiátrica para o parlamentar defendia o tratamento comunitário, em contraposição ao predomínio do tratamento de base institucionalizante, com o objetivo precípuo de sociabilizar o doente mental ( SENADO FEDERAL, 1998). 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 psiquiátrico<sup>375</sup>.

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

---

<sup>375</sup> 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 ( SENADO FEDERAL,1998).

sócio e psicoterápicas, técnicas essas que, dispensando a internação, eram utilizadas com vistas à recuperação e à reinserção social dos doentes (SENADO FEDERAL, 1998).

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 brasileiros (SENADO FEDERAL,1998).

Sebastião Rocha 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**<sup>376</sup>.

Dentro da perspectiva parlamentar, no modelo comunitário, a família funcionaria como coadjuvante no processo terapêutico<sup>377</sup>. Reforçando a necessidade do suporte familiar, com base em estatísticas sobre doença mental, alegou que pesquisas estimam o número total de doentes mentais em um quantitativo que varia de um a sete por cento da população, índice que é tanto maior quanto mais industrializada a sociedade ( SENADO FEDERAL,1998).

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

---

<sup>376</sup> 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 ( SENADO FEDERAL,1998).

<sup>377</sup> 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 (SENADO FEDERAL,1998).



proceder a uma análise das metodologias utilizadas para se fazer comparações entre esses números ( SENADO FEDERAL,1998).

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 social ( SENADO FEDERAL, 1998).

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. 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 mental ( SENADO FEDERAL, 1998).

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 indiscriminada ( SENADO FEDERAL,1998).

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 ( SENADO FEDERAL,1998).

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 subtraía ( SENADO FEDERAL,1998).

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 1990.

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 psiquiátrica de forma a assegurar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações da região ( SENADO FEDERAL,1998).

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.

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 psiquiátricos.

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 crescentes.

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 mental.

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 constatáveis.

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 país ( SENADO FEDERAL,1998).

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 país.

Hoje, 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 SUS ( SENADO FEDERAL,1998).

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 gastos com internação, do que consumiam os leitos psiquiátricos naquela época ( SENADO FEDERAL,1998).

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 80 (SENADO FEDERAL,1998).

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 1989<sup>378</sup>.

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 incerta.<sup>379</sup> 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 psiquiátricos e (c) conivência do Poder Público como responsável pelo suporte financeiro, afirmou Sebastião Rocha ( SENADO FEDERAL,1998).

Há que se concluir, portanto, que o processo de reforma psiquiátrica em andamento no país requeria outros instrumentos, inclusive norma legal pertinente, que

---

<sup>378</sup>Sebastião Rocha apresentou a pesquisa de Herval Pina Ribeiro denominado 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.

<sup>379</sup> 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

lhe pudesse atribuir a celeridade e a efetividade necessárias (SENADO FEDERAL,1998).

A existência do PLC n.8/91, deve-se, certamente, à necessidade de preenchimento dessa lacuna normativa, segundo Sebastião Rocha. 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 manicomialis por outras formas de atendimento (SENADO FEDERAL,1998).

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 manicomialis por leitos nos estabelecimentos de saúde mental de caráter comunitário, mais humanos e menos dispendiosos ( SENADO FEDERAL,1998).

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 atendimento (SENADO FEDERAL,1998).

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 recebeu a aprovação da parcela da sociedade que apoiava o movimento da reforma psiquiátrica<sup>380</sup>.

---

<sup>380</sup> 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 – 6º 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).

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 cidadãos<sup>381</sup>.

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 ( SENADO FEDERAL,1998).

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 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 jurídico ( SENADO FEDERAL,1998).

Em consequência, um substitutivo ao projeto, mais abrangente e conceitualmente mais apropriado, 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 Portela.

---

<sup>381</sup> 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).

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 ( SENADO FEDERAL,1998).

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 asilares.

O substitutivo, segundo Sebastião Rocha, 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, porém, demandaria, um significativo crescimento dos recursos gastos com saúde mental, o que o afasta da realidade da saúde no Brasil.

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 especialidades (SENADO FEDERAL,1998).

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 investimentos ( SENADO FEDERAL,1998).

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, 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 transformação.

Em outras palavras, apesar de contemplar um modelo abrangente de assistência ao doente mental, de restringir a internação involuntária e de determinar como finalidade do tratamento a reabilitação e reinserção social do doente, ao omitir-se na determinação de que uma reforma psiquiátrica deva ser feita ( para conduzir a assistência atual ao modelo abrangente) e no estabelecimento da fonte de recursos financeiros para a implementação dessa reforma, o substitutivo perpetua, na prática, a situação atual de predominância da institucionalização como forma de assistência (SENADO FEDERAL,1998).

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 sociabilizar o paciente psiquiátrico, afirmou Sebastião Rocha ( SENADO FEDERAL,1988).

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 e familiares dos doentes. Sobre os proprietários de hospitais, impossível desconsiderar o fato de que uma boa parte deles, mesmo sob intensa crítica e diante do evidente desserviço que prestam aos doentes e à sociedade de modo geral, não tem demonstrado a preocupação de aprimorar a qualidade de seus estabelecimentos. A principal razão para isso é de foro econômico ( SENADO FEDERAL,1998)<sup>382</sup>.

---

<sup>382</sup> 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



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 social ( SENADO FEDERAL,1998). 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 reorma 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 municipais.

Segundo Sebastião Rocha, 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 pressuponha 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 psiquiátrica.

---

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 redimentos 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 ( SENADO FEDERAL,1998).

Quanto à análise dos conceitos abordados e a situação descrita, Sebastião Rocha 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 lei.

O projeto Paulo Delgado apresentava a forma de transição da situação atual para o modelo ideal – a substituição progressiva dos leitos manicomiais 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 legislativa( SENADO FEDERAL,1998).

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 estabelece a forma como se dará a necessária transição da atual situação calamitosa para esse modelo ideal e também não fornece 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 milhares de outras leis brasileiras, perfeitas na forma e no conteúdo, mas destituídas de aplicabilidade e efetividade.

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. 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 lei.

Sebastião Rocha 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 termos.

A Emenda n.9 – Plenário, o projeto substitutivo do senador Sebastião Rocha 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, nos termos dos arts.300, XIII e 311, item 4 do Regimento 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.

Consideram 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 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.

Foi, então, concedida a palavra ao senador Sebastião Rocha, 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 relatório<sup>383</sup> baseado no §6º do art.133 do Regimento Interno, 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 declarou-se favorável, com as observações feitas pelo relator, Sebastião Rocha, dizendo que a matéria constaria da pauta da sessão deliberativa seguinte.

#### **4.20 PARECER N.27 DE 1999**

Tratava sobre o relatório da Comissão de Assuntos Sociais, de relatoria do senador Sebastião Rocha que retomava a justificativa das suas análises das 10 emendas já apresentadas.

#### **4.21 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

---

<sup>383</sup> 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 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 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 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 propunha acrescentar um parágrafo único ao art.4º do substitutivo (com parecer pela aprovação parcial). A Emenda n.8 do senador José Eduardo Dutra (com parecer pela aprovação parcial). A Emenda n.9 também do senador José Eduardo Dutra 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 que propunha que se substitua no art.9º do substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.8 a expressão “a procedeu” para “o determinou” com parecer contrário.

as emendas e subemendas aprovadas no turno suplementar, juntamente foi anexado ao parecer o texto final.

#### **4.22 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-C<sup>384</sup> que dispunha sobre a proteção e 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 legislativa<sup>385</sup>.

---

<sup>384</sup> Foi publicada no Diário do Congresso Nacional – Câmara dos Deputados - Ano LIV – n. 68 de 20 de abril de 1999, p.16712

<sup>385</sup> 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

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.

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 (L.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 tem aplicabilidade imediata.

Conforme afirma AMARANTE (2007), 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 denominados. Nesse sentido, 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 possesa. Em inglês o termo *mental disorder* nos remete 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

---

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, Damiano Feliciano e Salomão Gurgel. Encerrada a votação. Votação em turno único.

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 sujeito. (AMARANTE, 2007, p.68)”.

Já 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.

O artigo 3º 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 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.

O artigo 6º 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 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. 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. O artigo 8º, § 2º trata da desinternação nos casos involuntários: solicitação escrita do familiar ou representante legal ou do médico.

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 sanitária competente (artigo 10). 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). O artigo 12 traz a criação da comissão nacional para acompanhar a implementação dessa lei.

Em seu exame crítico, YASUI (2010) assegura que o texto final da Lei 10.216/01 está muito distante do saudável radicalismo do projeto original, aprovado em 1989:

“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 lei. (YASUI, 2010, p.63)”.

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 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.

## 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 no século XVIII, na França, já vinha se falando sobre a alienação mental.

Em que pese afirmar um tratamento terapêutico e da ação de Pinel de libertar as correntes dos “doentes mentais”, a concepção da psiquiatria clássica (Philippe Pinel e Jean-Étienne Esquirol) fundamentou-se no modelo biomédico do corpo e, por conseguinte, os atos terapêuticos representavam, de fato, o cenário sócio-político à época e correspondiam aos interesses de legitimação da segregação social.

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, marginal. A própria constituição do paradigma do saber psiquiátrico era a crise, pois não houve um período em que ele deixou de estar em crise, sobretudo, em razão do seu surgimento e 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 corpo. Ao lado da perspectiva do tratamento moral – doença mental como problema de ordem moral -, o isolamento do convívio social e familiar 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 com a sociedade- instâncias jurídicas, políticas e sociais – que ao longo dos anos na história da assistência psiquiátrica no cenário do Brasil aprofundou 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 afirmar 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.

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. Além disso, a Escola de Enfermagem, juntamente, com o *Museu Anatomico-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 psiquiatria, então, assume 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 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 transitórias. Em outras palavras, afirmar a utopia na prestação e realização do Sistema Único de Saúde (SUS) é deixar de compreender a histórica conquista 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.

No final dos anos 1970, ocorreram as mobilizações dos trabalhadores em saúde mental em busca de melhores condições de trabalho, denunciando 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.

Nesse sentido, 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 como esfera de natureza persuasiva, 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” encontram 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 judiciárias 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.

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 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.

Cumprir 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 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 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 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 era defensor do hospital psiquiátrico, dessa forma, a sua concepção de dignidade da pessoa humana passava por essa percepção 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, Beni Veras e Gilvan Borges. 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 foi aprovado e levando, 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.

Em razão disso, este trabalho acadêmico 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.

É necessário que se discuta os rumos da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10.216/01), a partir da sua trajetória legislativa e social e verifique que ainda há muito que avançar, no sentido da emancipação da pessoa em sofrimento psíquico, 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 1988.

## ANEXOS

### CÂMARA DOS DEPUTADOS

#### ANEXO I

##### **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 compulsória.**

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 manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

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

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

§2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

§3º A Defensoria Pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de 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 emenda.**

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 manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

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

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

§2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

§3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de 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 compulsória.**

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.

§ 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-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 1 (um) ano, a contar da data da aprovação desta lei, para apresentarem às comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2º É 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.

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

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

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

§ 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

§ 3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de 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 compulsória.**

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.

§ 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-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 1 (um) ano, a contar da data da aprovação desta lei, para apresentarem às comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

§ 2º É 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.

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

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

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

§ 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

§ 3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de 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 alternativos.**

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 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:

- I- Quando cessar o surto ou a doença ceder ao tratamento, sobrevindo recuperação suficiente para determinar a imediata reintegração do paciente na coexistência social.
- II- Quando, nas hipóteses do inciso I do artigo 4º desta lei, sobrevierem conhecimentos e técnicas em favor de outras alternativas superiores de tratamento e for possível a elas recorrer
- III- Quando, nas hipóteses do inciso II do mesmo artigo os sintomas ou efeitos comportamentais 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.
- IV- Quando, nas hipóteses do inciso III do mesmo artigo sobrevierem condições infraestruturais que ofereçam ao paciente recursos de igual ou superior eficácia.

Art.9º Para realizar a desinternação o médico responsável entregará ao estabelecimento o documento de alta que será fundamentado a luz do artigo 8º desta lei.

Parágrafo único – Realizada a desinternação, a direção do estabelecimento, em 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 cabiveis 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.

§1º Os contratos e financiamentos existentes não serão renovados ou serão extintos na medida em que a implantação do novo modelo de atendimento psiquiátrico torná-los desnecessários ou substituíveis.

§2º Os contratos ou financiamentos de leitos que remanescerem como necessários somente serão renovados enquanto não forem substituídos por recursos alternativos de igual ou superior eficácia e se o padrão de qualidade dos serviços hospitalares corresponder às exigências mínimas 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.

## ANEXO VI

### PROPOSTA SUBSTITUTIVA AO PROJETO DE LEI Nº 3.657- A – SENADOR LUCÍDIO PORTELLA

**Dispõe sobre os estabelecimentos de tratamento de doenças mentais, os direitos do doente mental e dá outras providências.**

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:

- I- Ambulatórios psiquiátricos;
- II- Pronto-socorro psiquiátrico
- III- Emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral;
- IV- Leitos psiquiátricos em hospital geral
- V- Hospital psiquiátrico
- VI- Hospital-dia
- VII- Hospital-noite
- VIII- Centro de convivência
- IX- Ambulatório de egressos
- X- 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;
- 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 internação 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:

- I- Tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação
- II- Proteção contra qualquer forma de exploração
- III- Espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis para sua recuperação.
- IV- Assistência clínica e cirúrgica, em área separada do hospital geral
- V- 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

§1º A hospitalização involuntária será comunicada, ao Ministério Público, pelo médico que a realizar e acompanhada de relatório, no prazo de 3 dias

§2º A hospitalização involuntária poderá ser objeto de ação judicial fundamentada na sua desnecessidade médica ou em qualquer vício de direito ou de técnica médica.

§3º 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

§4º 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**

### **EMENDA N.1**

Dê-se a seguinte redação aos parágrafos 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 ( 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.

### **VI. EMENDA N. 2**

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.

### **VII. 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.

§1º Defini-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 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**

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 emenda:

*“ 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, 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.

§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.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-manicomial, os prestadores desses serviços que procederem à substituição dos seus atuais leitos manicomial 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 IX - EMENDA Nº4 – CAS – PROPOSTA SUBSTITUTIVA AO PROJETO DE LEI N.8/91 DO SENADOR LUCÍDIO PORTELLA.**

**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 providências.**

**( 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 cientificada dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental:

- a) Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo 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.
- 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.

§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.

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 FEDERAL**

### **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:

Art.2º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário para a instalação e funcionamento de serviços 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 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.

#### **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 expresse desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço da saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização como tal.

§2º Compete ao Ministério Público ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e se manifestar, no prazo de 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**

**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 providências.  
( Senador Lucídio Portella)**

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os direitos e proteção das pessoas acometidas de distúrbio mental, mencionados no art.2º, parágrafo único, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu distúrbio, ou qualquer outra.

Art.2º Nos atendimentos em estabelecimentos de saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa será formalmente cientificada dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental:

- 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;
- 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 ambulatórios 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, 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:

- 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 autorizado 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**

**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 encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições:

I – sua saída não lhe venha acarretar interrupção do tratamento necessário e agravamento dos sintomas;

II – sua saída não o leve ao abandono material ou afetivo;

III- sua saída não o entregue, direta ou indiretamente, à exploração interesseira de terceiros;

IV – sua saída obedeça à legislação vigente relacionada a cada caso

V- sua reabilitação psicossocial seja assistida por equipe 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 devesse 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.10º 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.11º 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.12º 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.13º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atenção, criará Comissão Nacional para acompanhar a implementação desta lei.

Art.14º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação revogando-se as disposições em contrário.

## **ANEXO XIII - EMENDAS DE PLENÁRIO DO SENADO FEDERAL**

### **Emenda n.1 – PLEN, de 1998 – 15 DEZ 98**

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 justificção, 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 ( SENADO FEDERAL,1998).

### **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 justificção, o senador José Eduardo Dutra afirmou que acrescentar a presença de familiares ou responsáveis é da maior importancia 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 assitência 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 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 DE 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.

§1º 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 DE 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 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 DE 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 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 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.

A Emenda n.8 – Plen de 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-ofício, 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 de 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 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 DE 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 mental.**

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos 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 BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4.ed.1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ALVES, Alaôr Caffé. *Lógica: pensamento formal e argumentação: elementos para o discurso jurídico*. 5ª Edição. São Paulo: Quartier Latin, 2011.

AZEVEDO, Plauto Faraco de. *Crítica à dogmática e hermenêutica jurídica*. 5ª Reimpressão. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 1989.

BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria Alternativa*. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Editora Debates, 1982.

BRASIL, Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841. Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>> Acesso em: 01 fev 2017.

\_\_\_\_\_, Decreto n. 1.077, de 4 de dezembro de 1852. Approva e manda executar os estatutos do Hospício de Pedro Segundo. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-norma-pe.html>> Acesso em: 01 fev 2017.

\_\_\_\_\_, Decreto n.142-A, de 11 de janeiro de 1890, Desannexa do hospital da Santa Casa de Misericórdia desta capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-publicacaooriginal-1-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.142A, de 11 de janeiro último, e crêa a assistência medica e legal de alienados. Disponível em: <<http://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 Assistência Medico-legal de Alienados. Disponível em: <<http://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. Cria no Hospício Nacional de Alienados uma Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Disponível em: <<http://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. 1.180, de 18 de dezembro de 1890. Cria no Hospício Nacional de Alienados um *Museo Anatomico-Pathologico* e dá outras providências. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=48949&norma=64730>> Acesso em: 01 fev 2017.

\_\_\_\_\_, Decreto n. 896, de 29 de junho de 1892. Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços de Assistência Médico-legal de Alienados. Disponível em: <<http://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. Reorganiza o serviço de Assistência Médico-legal de Alienados. Disponível em: <<http://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 Assistência Médico-legal a Alienados. Disponível em: <<http://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. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <<http://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. 14831, de 25 de maio de 1921. Approva o Regulamento do Manicômio Judiciário. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 01 fev 2017.

\_\_\_\_\_, 1934. Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 01 fev 2017.

\_\_\_\_\_, 1944. 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: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7055-18-novembro-1944-453631-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 01 fev 2017.

\_\_\_\_\_, 1967. Decreto-Lei n.200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/De10200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De10200.htm) Acesso em 01 fev 2017.

\_\_\_\_\_, 1975. Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6229.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm) Acesso em 01 fev 2017.

\_\_\_\_\_, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Senado Federal: Centro Gráfico, 1998.

\_\_\_\_\_, 2001. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm) Acesso em: 01 fev 2017.

CABRAL, Jacqueline. Santa Cada da Misericórdia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.santacasarj.org.br/>. Acesso em: 23 jun. 2016.

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, 1995 [2015].

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989. Projeto de Lei 3.657 de 1989. *Diário do Congresso Nacional*. 29 de setembro de 1989. p.10.696-10.699.

\_\_\_\_\_, 1990. Parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação sobre o Projeto de Lei 3.657/89. *Diário do Congresso Nacional, Seção I*. 27 de junho de 1990. p.7880-7881.

\_\_\_\_\_, 1990. Parecer da Comissão de Seguridade Social e Família sobre o Projeto de Lei 3.657/89. *Diário do Congresso Nacional, Seção I*.

27 de junho de 1990. p.7881-7882.

\_\_\_\_\_, 1990. Projeto de Lei nº 3.657-A, de 1989: Votação em turno único. *Diário do Congresso Nacional, Seção I*. 15 de dezembro de 1990. p.14474-14478.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica*. A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal,1978..

CERQUEIRA, Marcello. *A Constituição na História*. Origem e reforma. Rio de Janeiro: Renavan, 1993.

\_\_\_\_\_. *Cartas Constitucionais*. Império, República e Autoritarismo. (ensaio, crítica e documentação). Rio de Janeiro: Renovar, 1997.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil*. Um corte ideológico. 5.ed.rev.Rio de Janeiro: Garamond,[1976] 2006.

DA SILVA, José Afonso. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 25ª ed. São Paulo: Editores Malheiros, 2005.

DIWAN, Pietra. *Raça Pura*. Uma história da eugenia no Brasil e no mundo. 2.ed. 3ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2015.

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

FERREIRA, L. O.; MAIO, M. C. e AZEVEDO, N.: *A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa*. História, Ciências, Saúde— Manguinhos, IV(3): 475-491, nov. 1997-fev. 1998.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

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, Minas Gerais, 2004.

LOUGON, Mauricio. *Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. 20ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

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

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

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, cap.1, p.19-39.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de Direito Constitucional*. 4. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2009.

PACHECO, Juliana Garcia. *Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência*. Curitiba: Juruá, 2009.

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

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: *Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970*. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11(2): 241-58, mai-ago. 2004.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Políticas de Saúde Mental no Brasil: o processo de formulação a 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.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

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 Salud Pública*. 2010, 28 (1): 43-48.

ROCHA, Juan S. Yazlle. *Sistema Único de Saúde: Avaliação e perspectivas*. *Revista Saúde e Sociedade – São Paulo*, vol.3, n.1. 1994.

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, cap.2, p.41-58.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. 13ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, [1993] 2015.

SENADO FEDERAL, 1991. Projeto de Lei da Câmara n.8, de 1991. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais, p. 159-161.

\_\_\_\_\_, 1991. Parecer da Comissão de Assuntos Sociais sobre o projeto de lei da Câmara n. 8/91. Senado Federal, Secretaria Legislativa, Subsecretaria de Comissões, Comissão de Assuntos Sociais, p. 133-158.

\_\_\_\_\_, 1995. Parecer n. 896, de 1995 da Comissão de Assuntos Sociais sobre Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991. *Diário do Senado Federal*. 13 de dezembro de 1995, p.5507-5513.

\_\_\_\_\_, 1995. Declaração de voto na Comissão de Assuntos Sociais, sobre Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991. *Diário do Senado Federal*. 13 de dezembro de 1995, p.5518-5519.

\_\_\_\_\_, 1995. Voto em separado, vencido, do Senador Lúcio Alcântara ao Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991. *Diário do Senado Federal*. 13 de dezembro de 1995, p.5513-5518.

\_\_\_\_\_, 1998. Parecer n. 688 de 1998. *Diário do Senado Federal*. 15 de dezembro de 1998. p.18685-18697.

\_\_\_\_\_, 1998. Projeto de Lei da Câmara, n.8, de 1991: Discussão em turno único. *Diário do Senado Federal*. 16 de dezembro de 1998, p.18937-18953.

\_\_\_\_\_, 1999. Parecer nº 27, de 1999, De Plenário em substituição à Comissão de Assuntos Sociais, sobre as emendas de Plenário oferecidas em turno suplementar ao Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara n.8, de 1991.

*Diário do Senado Federal*. 13 de janeiro de 1999, p.1395-1406.

\_\_\_\_\_, 1999. Substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara, n. 8, de 1991: votação em turno suplementar. *Diário do Senado Federal*. 14 de janeiro de 1999, p.1446-1450.

\_\_\_\_\_, 1999. Adendo ao parecer emitido ao projeto de lei da Câmara n. 8, apresentado em plenário pelo relator das emendas de plenário em turno suplementar, em 12/01/1999. *Diário do Senado Federal*. 22 de janeiro de 1999.p.1959-1962.



\_\_\_\_\_, 1999. Substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara, n. 8, de 1991: votação em turno suplementar. *Diário do Senado Federal*. 22 de janeiro de 1999. p.1958-1970.

SGARBI, Adrian. *Introdução à Teoria do Direito*. (Coleção Filosofia e Direito). São Paulo: Marcial Pons, 2013.

SOPHIA, Daniela Carvalho. *Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate*. *Saúde em Debate*- Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561, out./dez. 2012.

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

VENANCIO, Ana Teresa A. *Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.35-52.

YASUI, Silvio. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 22ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.