

LUCIANA BARBOSA MUSSE

**POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL NA PERSPECTIVA DO
BIODIREITO:** a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide
da lei n. 10.216/2001 e suas implicações

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

SÃO PAULO

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LUCIANA BARBOSA MUSSE

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL NA PERSPECTIVA DO BIODIREITO: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da lei n. 10.216/2001 e suas implicações

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Direito, na área de concentração de Filosofia do Direito e do Estado, sob a orientação da Prof^a. Livre Docente Maria Celeste Cordeiro Leite Santos.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

SÃO PAULO

2006

34:57
M989p

Musse, Luciana Barbosa
Políticas públicas em saúde mental no Brasil na perspectiva do biodireito : a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da lei n. 10.216/2001 e suas implicações / Luciana Barbosa Musse. São Paulo : PUC, 2006.
314 p. ; il.
Orientadora : Maria Celeste Cordeiro Leite Santos.
Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Filosofia do Direito e do Estado.

1.Biodireito. 2.Bioética. 3. Saúde mental. 4. Políticas públicas - Brasil. I.Santos, Maria Celeste Leite Cordeiro, orient. II.Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Departamento de Filosofia.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

_____. São Paulo, 31 de março de 2006.

Luciana Barbosa Musse

LUCIANA BARBOSA MUSSE

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL NA PERSPECTIVA DO BIODIREITO: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da lei n. 10.216/2001 e suas implicações

Tese aprovada em ____ de _____ de 2006 para obtenção do título de Doutor em Direito

Área de concentração: Filosofia do Direito e do Estado

BANCA EXAMINADORA

NOME: _____

INSTITUIÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

NOME: _____

INSTITUIÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

NOME: _____

INSTITUIÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

NOME: _____

INSTITUIÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

NOME: _____

INSTITUIÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

Àqueles cuja dor e exclusão motivou a realização desta pesquisa: os portadores de sofrimento mental.

Aos meus pais, Jorge e Clesilda, mais uma vez e sempre.

AGRADECIMENTOS

Geralmente, o processo de criação intelectual é solitário. Essa tese, contudo, apresenta-se como resultado de uma exceção a essa regra. Muitos amigos e muitas amigas, colegas e até mesmo desconhecidos e desconhecidas auxiliaram-me, em momentos distintos, de diferentes formas. Merecem meu sincero muito obrigada:

Minha orientadora, Profa. Livre Docente Maria Celeste Cordeiro Leite Santos, não só pela diligente orientação a mim prestada, mas sobretudo, por ter-me sugerido tratar desse tema que me é tão caro: a saúde mental.

Os muitos portadores de transtornos mentais, familiares, membros de equipes de saúde mental e gestores públicos e de estabelecimentos psiquiátricos, públicos e privados, que doaram parte do seu tempo e de suas histórias de vida para responder os questionários que integram essa pesquisa.

Meu querido amigo Prof. Carlos Eduardo Batalha da Silva e Costa, pelo diálogo intenso e sempre produtivo, pela organização das minhas idéias.

Profa. Livre Docente Maria Garcia, pelo sempre gentil e pronto atendimento às minhas demandas acadêmicas, em prol da realização da pesquisa de campo apresentada nesta tese.

Viviane Carla Fortulan, Maria Lúcia do Espírito Santo (*in memoriam*) e Renata Petri, pelo auxílio no desenvolvimento e aperfeiçoamento dos questionários.

Meus colegas da FAAP, Mário Luiz Sarrubbo e Sérgio Meirelles Carvalho, por me proporcionarem acesso às suas respectivas instituições.

Cinthyia Vieira Nunes da Silva e Marcelo Adelqui Felca, pelo companheirismo e por terem assumido atribuições que eram minhas, a fim de que a viabilização deste trabalho se tornasse possível.

Dra. Selma dos Reis Negrão, Procuradora de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo, por gentilmente conceder-me uma entrevista.

Patrícia Barbosa Almeida Balbi, pelo irreverente desbravamento do setor de arquivos do Congresso Nacional, em Brasília, possibilitando-me acesso a preciosas fontes primárias de pesquisa.

Meus irmãos, Anelisa e Guilherme, pelo auxílio, incentivo e paciência na coleta de dados.

Minhas amigas-irmãs Gislândia Ferreira da Silva, Maria Carolina de Godoy Maria José Constantino Petri e Marília Simão Seixas. Fontes seguras e constantes de afeto e cuidados que amenizam a distância e a saudade dos meus. Exemplos de vida, de superação e do feminino.

Valéria Mazieiro Barbosa, pela paciente escuta e pela solidariedade.

Meu pai, por ter me ensinado o prazer e a importância do estudo e do conhecimento no exercício profissional.

Leandro Silveira Pereira, pelas horas de trabalho cedidas em prol da conclusão deste trabalho.

Adelina de Oliveira Novaes, pela leitura psicológica do texto e pela grata e recente amizade.

Marco Pólo Levorin, pelas didáticas e elucidativas lições de Direito Penal.

Sinésio Orue, pelas explicações de psicofarmacologia.

Edgard Mesquita Rodrigues Lima, pelo carinhoso auxílio com as questões médicas deste trabalho.

Anselmo de Souza Neiva, pelo olhar antropológico de um primeiro esboço do que seria esse trabalho e pelas indicações bibliográficas.

Eliane Colvet, pela prestativa elaboração da ficha catalográfica desta tese.

“Embora meu amor seja insano, minha razão alivia a dor intensa do meu coração dizendo-lhe para ter paciência e não perder a esperança.” (COLOMBANI, 2002).

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto as políticas públicas em saúde mental no Brasil, adotadas a partir da promulgação da lei n. 10.216/2001 e que contemplam a assistência ao portador de transtorno mental e seus direitos. Para analisá-las, bem como as suas implicações, adota-se como referencial o Biodireito, entendido como uma construção teórico-dogmática com vistas à interpretação normativa para a tomada de decisão judicial, a fim de identificar o critério de racionalidade que as permeia - se a eficiência ou a ética pública.

Tendo-se em vista que, desde a CF/88 o conjunto das ações e da oferta de serviços em saúde mental, dá-se por meio de órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, bem como da iniciativa privada, em caráter complementar, o SUS, que se organiza de acordo com os princípios da regionalização, descentralização e hierarquização, elegeu-se a experiência de dois estados-membros da federação, notadamente, Minas Gerais e São Paulo, para ilustrar o processo de implantação das estratégias adotadas pelas políticas públicas brasileiras em saúde mental, sob a égide da lei n. 10.216/2001.

Os dados foram coletados por meio de observação e aplicação de questionários, respondidos por profissionais da saúde (mental) e por usuários (ou seu responsável legal) de serviços hospitalares e comunitários de saúde ou saúde mental de Minas Gerais e São Paulo.

Além dessas duas técnicas de documentação, a pesquisa é pautada pelo método histórico, aliado ao estatístico e ao comparativo, que permitem concluir que a racionalidade predominante nas políticas públicas em saúde mental, adotadas pelo Estado Brasileiro é a ética, que, entretanto, para ter efetividade, depende da eficiência e gera implicações para o usuário portador de transtorno mental que extrapolam os limites normativos da lei n. 10.216/2001 e invadem outros meandros da sua existência, em especial a sua autonomia ético-jurídica, que reflete, por sua vez, no gozo da sua cidadania recém conquistada.

ABSTRACT

This research was conducted with the purpose of elucidating the public policies concerning mental health care in Brazil adopted since the promulgation of the law n. 10.216/2001 and which contemplate the mental disturbance carrier attendance and his rights. In order to analyze them, as well as its implications, Bio-law was adopted as reference, considered as a dogmatic theoretical construction, aiming the standard interpretation for juridical decision taking, in order to identify the rationality criterion that surrounds them – if efficiency or public ethics.

Considering that, since the 1988 Federal Constitution, the whole actions and services supply concerning mental health care are conducted by state, municipal or federal institutions or by the private initiative, with complementary character, the “SUS”, that is organized based on the regionalism, decentralization and hierarchy principles, the experience of two federal state members was elected, specifically the states of Minas Gerais and Sao Paulo, in order to illustrate the implementation process of strategies adopted by Brazilian public policies concerning mental health care, under the aegis of the law n. 10.216/2001.

The data were collected through observation and with the application of questionnaires, answered by (mental) health professionals and by users (or their legal responsible) of hospital and health care services or by mental health care of the states of Minas Gerais and Sao Paulo.

Besides those two documentation techniques, this research is based on the historical method, together with the statistic and comparative methods which permits the conclusion that prevailing rationality among public policies concerning mental health care adopted by the Brazilian state is the ethics, that, meanwhile, to be effective, depends on the efficiency and creates implications for the user and mental disturbance carrier that extrapolates the standard limits of the law n. 10.216/2001 and trespasses others meanderings of its existence, especially its juridical and ethical autonomy which creates reflexes, in turn, in the fruition of its recently conquered citizenship.

RÉSUMÉ

Cette recherche a comme objet les politiques publiques en ce qui concerne la santé mentale au Brésil, adoptées à partir de la promulgation de la loi n. 10.216/2001 et qui comporte l'assistance au porteur de trouble mental et leurs droits. Pour les analyser, ainsi que leurs implications, est adopté comme référence le Biodroit, entendu comme une construction théorique-dogmatique en vue à une interprétation normative pour la prise de décision judiciaire pour identifier le critère rationnel qui le traverse - s'il y a de l'efficacité ou de l'éthique publique.

En considérant que, depuis le CF/88, l'ensemble des actions et de l'offre des services concernant la santé mentale est faite par des institutions fédérales, d'état et municipales ou de l'initiative privée, en caractère complémentaires, le SUS, qui s'organise en accord avec les principes de régionalisation, décentralisation et hiérarchisation, fut choisit l'expérience de deux États-membres de la fédération, en particulier, Minas Gerais et São Paulo, pour illustrer le processus de l'implantation des stratégies adoptées par les politiques publiques brésiliennes de santé mentale sous la loi n. 10.216/2001.

Les données ont été collecté par des informations et applications de questionnaires répondu par des professionnels de la santé (mental) et par des utilisateurs (ou leurs responsables locaux) des services hospitaliers et communautaires de la santé ou santé mental de Minas Gerais et São Paulo.

À part ces deux techniques de documentation, la recherche est basé sur la méthode historique allié a la statistique et au comparatif qui permettent de conclure que la rationalité prédominante dans les politiques publiques de la santé mentale, adopté par l'Etat brésilien est l'éthique qui, cependant, pour avoir une effectivité dépend de l'efficacité, et gère des implications pour le porteur de trouble mental qui dépassent les limites normatives de la loi n. 10.216/2001 et envahissent d'autres parties de son existence, spécialement son autonomie éthico-juridique qui gère des réflexes, à son tour, dans le droit de sa citoyenneté récemment conquise.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estabelecimentos de assistência a alienados em Minas Geraes e São Paulo no século XIX.....	48
Tabela 2- Estabelecimentos de assistência a alienados em Minas Geraes e São Paulo na primeira década do século XX.....	63
Tabela 3- Pessoal sanitário de Estabelecimentos de assistência a alienados em Minas Geraes e São Paulo no início do século XX.....	72
Tabela 4- Faixa etária dos portadores de transtorno mental.....	176
Tabela 5- Idade em que o usuário apresentou os primeiros sintomas.....	177
Tabela 6- Discriminações sofridas por Portador de Transtorno Mental.....	182
Tabela 7- Ambientes em que acontecem as discriminações.....	183
Tabela 8- Origem das verbas recebidas pelos serviços em saúde (mental).....	187
Tabela 9- Número de Trabalhadores em saúde (mental) por tipo de serviço.....	189
Tabela 10- Número de usuários em saúde (mental) por tipo de serviço.....	189
Tabela 11- Respeito aos direitos do paciente e à sua integridade física e psíquica durante o tratamento ou internação.....	191
Tabela 12- Prazo máximo para comunicação de internação involuntária ao Ministério Público.....	200
Tabela 13- Prazo máximo de internação de portador de transtorno mental.....	207
Tabela 14- Período médio de internação de portador de transtorno mental.....	208
Tabela 15- Assistência em saúde mental oferecida pelos serviços.....	208
Tabela 16- Atividades de lazer dos usuários.....	210
Tabela 17- Número de Leitos Psiquiátricos no estabelecimento, a partir de 2001.....	211
Tabela 18- Profissões dos trabalhadores em saúde (mental) e atenção em saúde mental.....	212

Tabela 19- Período da contratação para prestação de serviços no estabelecimento de saúde (mental).....	212
Tabela 20- Atividades Profissionais desenvolvidas pelos portadores de transtorno mental.....	216
Tabela 21- Nível de Escolaridade dos Portadores de Transtornos Mentais.....	232

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVAI - ano de vida ajustado por incapacidade

AVI - anos vividos com incapacidade

CAOCÍVEL - Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis, de Acidente do Trabalho, do Idoso e da Pessoa Portadora de Deficiência (do Estado de São Paulo)

CAO SAÚDE - Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (do Estado de Minas Gerais)

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAS - Comissão de Assuntos Sociais

CC - Código Civil (1916)

CCJR - Comissão de Constituição e Justiça e de Redação

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CGD - carga global de doenças

CID 10 - Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde¹

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CP - Código Penal

CPP - Código de Processo Penal

CSSF - Comissão de Seguridade Social e Família

DNAP - Departamento Nacional de Assistência Pública

DFS - Delegacia Federal de Saúde

DNS - Departamento Nacional de Saúde

DNAS - Departamento Nacional de Assistência Pública

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DOE - Diário Oficial do Estado

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

¹ A menção ao Conselho Nacional de Saúde - CNS - só é feita a partir da seção 4 deste trabalho.

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
IPC - internação psiquiátrica compulsória
IPI - internação psiquiátrica involuntária
IPV - internação psiquiátrica voluntária
IPVI - internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária
LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental
LEP - Lei de Execuções Penais
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MEC - Ministério da Educação
MES - Ministério da Educação e da Saúde
MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública
MP - Ministério Público
MS - Movimento Sanitário
MS - Ministério da Saúde²
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NCC - Novo Código Civil (2002)
NMSs - Novos Movimentos Sociais
OAB - Ordem dos Advogados do Brasil
OEA - Organização dos Estados Americanos
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Panamericana da Saúde
PAED - Programa de complementação ao atendimento educacional especializado aos portadores de necessidades especiais
PGJ/SP - Procuradoria-Geral de Justiça do Estado de São Paulo
PNE - Portador de Necessidade Especial
PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental

² A menção ao Ministério da Saúde - MS - só é feita a partir da seção 4 deste trabalho.

PLC - Projeto de Lei da Câmara (dos Deputados)

PPA - Plano de Pronta Ação

PSF - Programa Saúde da Família

QI - Quociente de Inteligência

SAME - Serviço de Atendimento Médico e Estatística

SMRJ - Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro

SNAS - secretaria nacional de assistência à saúde

SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - termo de consentimento livre e esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ANTECEDENTES..	25
2.1 A inimputabilidade do louco no Código Criminal do Império.....	28
2.2 Institucionalização e medicalização do louco a partir do Segundo Império.....	33
2.3 Doença Mental e segurança pública no Código Penal de 1890.....	39
2.4 A normalização e normatização do doente mental no Decreto n. 896/1892.....	43
<i>2.4.1 Regulamentação do decreto n. 896 para a assistência médico-legal de alienados.....</i>	<i>46</i>
2.4.1.1 A assistência aos alienados.....	47
2.4.1.2 A administração da assistência aos alienados.....	50
2.4.1.3 O Hospício Nacional.....	53
2.4.1.3.1 Serviços Sanitários e Administrativos do Hospício Nacional.....	53
2.4.1.3.2 Admissão e alta de pacientes no Hospício Nacional.....	55
2.4.1.3.3 O regime higiênico e disciplinar no Hospício Nacional	57
2.4.1.3.4 A assistência nas Colônias de Alienados.....	59
2.5 O decreto n. 1.132/1903 e a primeira reforma da política de medicalização.....	61
2.6 O Decreto n. 5.148-A/1927 e a segunda reforma da política de medicalização.....	75
<i>Excurso: Para além das políticas públicas: a incapacidade do louco no Código Civil de 1916.....</i>	<i>79</i>
3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: FORMAÇÃO.....	89
3.1 O Primeiro governo de Vargas e a formação do Estado de Bem-Estar Social no Brasil.....	89
3.2 A visão eugênica da psiquiatria e seus reflexos nas políticas públicas.....	92
3.3 O Decreto n. 24.559/1934.....	94
<i>3.3.1 A profilaxia mental, a higiene mental e a assistência aos psicopatas.....</i>	<i>96</i>
<i>3.3.2 A proteção legal aos psicopatas.....</i>	<i>97</i>

3.3.3	<i>As teorias e os tratamentos psiquiátricos.....</i>	99
3.3.4	<i>As modalidades de serviços psiquiátricos.....</i>	100
3.3.5	<i>O serviço de profilaxia mental.....</i>	112
3.3.6	<i>A proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas.....</i>	112
3.3.6.1	<i>O papel e a atuação da Comissão Inspetora.....</i>	114
3.4	O Código Penal Brasileiro de 1940.....	115
3.4.1	<i>A (ir)responsabilidade penal.....</i>	115
3.4.2	<i>A medida de segurança.....</i>	118
3.4.2.1	<i>Cumprimento de medida de segurança em manicômio judiciário.....</i>	121
3.4.2.2	<i>Cumprimento de medida de segurança em casa de custódia e tratamento.....</i>	122
3.4.2.3	<i>Cumprimento de medida de segurança em colônia agrícola, instituto de trabalho, de educação ou de ensino profissional.....</i>	122
3.5	A concepção de saúde mental dos anos 40 aos anos 70.....	124
3.6	A concepção de saúde mental dos anos 80 e 90.....	136
3.6.1	<i>Economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental.....</i>	138
3.6.2	<i>Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental.....</i>	138
3.6.2.1	<i>Reorganização do modelo gerencial da assistência à saúde mental.....</i>	140
3.6.2.2	<i>Reorganização do modelo assistencial em saúde mental.....</i>	140
3.6.2.3	<i>Política de Recursos Humanos.....</i>	141
3.6.3	<i>Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.....</i>	142
3.7	A reforma do Código Penal de 1984 e a Lei de Execução Penal.....	142
3.8	A saúde no Estado Democrático de Direito: a Constituição Federal de 1988.....	146
4	AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A LEI N. 10.216/2001.....	148
4.1	<i>O projeto de lei n. 3.657-A/1989 e o processo de elaboração da lei n. 10.216/2001.....</i>	148
4.2	<i>Bioética e biodireito: uma distinção necessária.....</i>	154
4.3	O paradigma bioético que norteia a lei n. 10.216/2001.....	158
4.3.1	<i>Beneficência.....</i>	159
4.3.2	<i>Não-maleficência.....</i>	159
4.3.3	<i>Justiça ou equidade.....</i>	160

4.3.4 Autonomia.....	160
5 UMA COMPREENSÃO DA LEI N. 10.216/2001 A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DOS ESTADOS DE MINAS GERAIS E SÃO PAULO.....	162
5.1 Caracterização da pesquisa de campo sobre a lei n. 10.216/2001.....	162
5.2 Os transtornos mentais.....	163
5.2.1 Transtornos do desenvolvimento psicológico.....	166
5.2.2 Retardo Mental.....	167
5.2.3 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência.....	168
5.2.4 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	169
5.2.5 Transtorno da personalidade e do comportamento adulto.....	169
5.2.6 Transtorno de humor (afetivos).....	170
5.2.7 Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos.....	171
5.2.8 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.....	172
5.2.9 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	172
5.2.10 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes.....	173
5.2.11 Transtorno mental não especificado.....	174
5.2.12 Epilepsia.....	174
5.3 Os portadores de transtornos mentais.....	175
5.3.1 Períodos do desenvolvimento humano em que se manifestam os transtornos mentais.....	176
5.4 Os portadores de necessidades especiais e sua distinção perante os portadores de transtorno mental.....	179
5.5 Direito à igualdade e à não-discriminação do portador de transtorno mental.....	180
5.6 Direito à saúde do portador de transtorno mental.....	184
5.7 O direito ao acesso aos serviços de assistência em saúde mental.....	185
5.8 Modalidades de internação do portador de transtorno mental.....	194
5.8.1 Internação psiquiátrica voluntária.....	195
5.8.2 Internação psiquiátrica involuntária.....	197
5.8.3 Internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária.....	201

5.8.4 Internação psiquiátrica compulsória.....	202
5.8.5 Outros direitos e questões relacionados à internação do portador de transtorno mental.....	207
5.9 Reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental.....	213
5.10 O problema da participação do portador de transtorno mental em pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos.....	216
6 IMPLICAÇÕES ÉTICO-JURÍDICAS DA AUTONOMIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.....	219
6.1 Autonomia ético-jurídica do portador de transtorno mental e a prática de atos civis.....	220
6.2 O direito à cidadania do portador de transtorno mental.....	223
6.3 Direito de nascer do portador de transtorno mental.....	226
6.4 Sexualidade e direitos reprodutivos do portador de transtorno mental.....	227
6.5 Direito à educação do portador de transtorno mental como instrumento garantidor da sua autonomia individual e social.....	229
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	233
REFERÊNCIAS.....	242
APÊNDICE A- PARECER DO CEP DA PUC/SP.....	255
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO DE SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL.....	256
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL – USUÁRIO.....	260
APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO PARA MEMBRO DE EQUIPE DE SAÚDE OU SAÚDE MENTAL.....	261
APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL - EQUIPE DE SAÚDE (MENTAL).....	265
APÊNDICE F- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL.....	266
APÊNDICE G- ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO.....	267
ANEXO A- DECRETO N. 896/1892 E SEU REGULAMENTO.....	275
ANEXO B- DECRETO N. 1.252/1893.....	292
ANEXO C- DECRETO n. 1132/1903.....	293

ANEXO D- DECRETO N. 5.148 A - DE 10 DE JANEIRO DE 1927.....	296
ANEXO E- DECRETO N. 24.559/1934.....	301
ANEXO F- DECRETO-LEI N. 3.138, DE 24 DE MARÇO DE 1941.....	309
ANEXO G- DECRETO-LEI N. 8.550 - DE 3 DE JANEIRO DE 1946.....	310
ANEXO H- LEI N. 10.216 - DE 6 DE ABRIL DE 2001.....	312

1 INTRODUÇÃO

Antes do surgimento da psiquiatria, a filosofia, as artes, a religião, o direito e a própria medicina já se voltavam para o estudo e o disciplinamento da loucura. Contudo o louco e a doença mental não se constituem como o foco específico de nenhuma delas.

A psiquiatria constrói-se, então, na França do século XVIII, como primeiro saber científico, autônomo, que tem por objeto exclusivo as questões relativas à (in)sanidade, à alienação, à (des)razão da mente humana.

Isso é possível na medida em que a loucura passa a ser vista e tratada como doença - originada por causas orgânicas, dizem uns, ou por causas psíquicas, dizem outros. Enquanto patologia, a loucura requer tratamento em local adequado: os hospitais. Esses locais congregam num mesmo ambiente todos os tipos de vesânicas, criando, assim, as condições necessárias ao surgimento da psiquiatria.

No Brasil, sua formação ocorre em meados do século XIX, sendo emblemáticas, nos seus primórdios, as contribuições de Teixeira Brandão e Juliano Moreira, tanto na esfera científica como no âmbito clínico e, até mesmo, na esfera política.

Se, por um lado, a psiquiatria constitui-se enquanto ciência em decorrência das condições criadas pela filosofia iluminista, por outro, resulta de uma série de reformas que integram sua história, desde sua origem.

A primeira delas foi a reforma humanista intentada por Philippe Pinel quando liberta os internos de Bicêtre das correntes que os mantinham presos, instituindo o que denominou tratamento moral.

Pinel destrói as amarras físicas dos pacientes de Bicêtre, dando-lhes uma liberdade há muito não vivenciada por esses indivíduos, mas mantém o encarceramento institucional.

Com a reforma implementada pela “medicalização” da loucura, os asilos e os hospitais para alienados, tanto na Europa como no Brasil, perdem seu caráter assistencial, caritativo e se transformam, enquanto *locus* de tratamento do doente mental e da sua doença, no templo sagrado da classe médica.

A fim de garantir seu monopólio sobre a loucura, os psiquiatras promovem uma “medicalização” não só dos portadores de transtornos mentais, mas também de toda a sociedade.

No Brasil, para que isso aconteça, a ciência alia-se ao Estado Republicano recém instalado. Essa aliança usa a norma jurídica como instrumento para alcançar seus fins, prescrevendo não só para o louco, mas para toda a sociedade, regras de comportamento “normal” ou “patológico”, conforme os modelos teóricos e os tratamentos prevalentes nas diferentes épocas. Isso é possível na medida em que tanto a psiquiatria como Estado e o direito têm como ponto de partida a noção de sistema.

É a partir da Idade Moderna que a noção de sistema possibilita a construção de um saber organizado, estruturado, comprovado, hierarquizado (que classifica, separa), especializado, denominado ciência.

É nesse mesmo momento histórico que se forma o Estado Moderno Ocidental, calcado numa organização burocrática (repartições públicas: ministérios, secretarias, departamentos, dentre outros), hierarquizada (União, estados-membros, municípios) e unificada por uma “entidade superior”, a idéia de soberania, e que tem como forma de dominação a crença na legalidade, com vistas ao máximo de eficiência.

O “normal” e o “patológico”, o “lícito” e o “ilícito”, o “nacional” e o “estrangeiro” têm em comum o pertencimento ou não a um dado sistema, seja ele científico, jurídico ou político. São, assim, conceitos relacionais, na medida em que só se pode afirmar que se pertence ou não a um ou a outro, caso se proceda a uma comparação entre os sistemas.

Contudo, ao mesmo tempo em que a psiquiatria estabelece a aliança com o Estado Brasileiro, valendo-se da norma jurídica para normalizar o comportamento da população brasileira, ela perde parte do seu poder, que fica concentrado nas mãos do Estado, quer por meio do Poder Executivo e do Legislativo, quer do Poder Judiciário.

Os Poderes Executivo e Legislativo detêm poder na medida em que são os responsáveis pela edição das normas jurídicas que impõem os modelos médico-científicos para os transtornos mentais e para os portadores desses transtornos e, principalmente, à proporção em que por meio dessas normas criam e implementam as políticas públicas em saúde mental no Brasil.

O Poder Judiciário, por sua vez, impõe-se duplamente sobre a ciência (psiquiatria) por intermédio do juiz. Num primeiro momento, quando o magistrado interpreta e aplica as normas voltadas para as questões de saúde mental, tendo como parâmetro a dogmática jurídica produzida para tal - o biodireito. Num segundo momento, quando, ao decidir, em razão do princípio do livre convencimento, o juiz não é obrigado a acolher a opinião do especialista, que funciona como um auxiliar da Justiça, quer seja ela exarada num laudo pericial, quer num parecer.

A saúde mental apresenta-se, assim, em última instância, não como um objeto exclusivo do saber médico-científico, mas, sim, monopolizado pelo Estado por intermédio de políticas públicas. Há uma “estatização” da saúde mental no Brasil à proporção que Estado brasileiro, na esteira dos outros estados contemporâneos, se apresenta não mais como Estado Mínimo (Estado Moderno), que não intervém em determinados aspectos da vida do indivíduo, mas como Estado Garantidor, um Estado de bem-estar social, gestor dos bens comuns, que se preocupa em assegurar à população, além das liberdades individuais, direitos sociais e, dentre esses, o direito à saúde mental.

Enquanto Estado Providência, compete ao Estado gerir e distribuir os bens públicos para promover o bem-comum. Para alcançar sua finalidade, o Estado pauta-se pela noção de cálculo, de quantificação, em última instância, de eficiência.

Assim, apesar do fascínio que evoca, esta pesquisa não se volta para um estudo acerca da loucura. O objeto desta análise é a racionalidade que pauta a propositura e a implantação das políticas públicas em saúde mental, no Brasil, até o advento e a implementação, em curso, da lei n. 10.216/2001, que traz as diretrizes da última reforma do sistema de saúde mental brasileiro. Verificar-se-á qual é o critério de racionalidade utilizado pelos governos brasileiros ao estabelecerem políticas públicas em saúde mental: a já mencionada eficiência - gestão e controle da população, enquanto sujeito das necessidades e de aspirações - ou a ética. Por isso, para melhor evidenciar os seus propósitos e o seu objeto, o título inicialmente atribuído a essa pesquisa e que consta em toda a documentação aqui apresentada - **O novo modelo de saúde mental no Brasil sob a perspectiva do biodireito: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo** - foi modificado.

A lei n. 10.216/2001, que traz as diretrizes das novas políticas públicas brasileiras em saúde mental, tramitou por quase doze anos no Congresso Nacional brasileiro, tendo sido objeto de intenso debate entre as mais diferentes instâncias

sociais. Seu propósito é implementar mais uma reforma psiquiátrica, o que, por si só, não a diferencia das demais reformas. A sua singularidade consiste numa inovação: romper com o modelo hospitalocêntrico que vigora desde o surgimento da psiquiatria brasileira, a fim de se promover a cidadania do portador de transtornos mentais e possibilitar-lhe tratamento em ambiente diverso do institucional. Por isso, o Estado brasileiro propõe a implantação de diferentes estratégias extra-hospitalares, no sistema de atendimento em saúde mental.

Para desenvolver a pesquisa, o método adotado é, predominantemente, o histórico, aliado aos métodos estatístico e comparativo. As técnicas de documentação escolhidas são a pesquisa bibliográfica e documental - pesquisa documental indireta - bem como a documentação direta, por intermédio de observação e coleta de dados através de questionários desenvolvidos com base no texto da lei n. 10.216/2001, a serem respondidos tanto por integrantes de equipe de saúde ou de saúde mental como por usuários dos diferentes serviços de saúde mental, quer públicos, quer privados, dos estados de Minas Gerais e São Paulo e entrevista com representante do Ministério Público dos referidos estados-membros.

A síntese da pesquisa será exposta em cinco seções distintas. Na seção dois, apresentam-se os antecedentes das políticas públicas em saúde mental no Brasil, cuja análise compreende o período que vai da segunda metade do século XIX até o final da segunda década do século XX.

A formação das políticas públicas em saúde mental no Brasil, iniciada no primeiro governo de Getúlio Vargas, quando se constitui o Estado de Bem-Estar Social brasileiro integra a análise da terceira seção deste trabalho ao lado da influência da visão eugênica da psiquiatria, passando pela concepção de saúde mental dos anos quarenta aos setenta, até chegar às mudanças na saúde mental implementadas a partir das décadas de oitenta e noventa do século XX.

À quarta seção reserva-se a reflexão acerca das políticas públicas em saúde mental no Brasil, a partir da propositura do projeto de lei que dá origem à lei n. 10.216/2001.

Para que possa haver uma compreensão das atuais políticas públicas em saúde mental, efetua-se, na quinta seção deste trabalho, uma análise da lei n. 10.216/2001 a partir da experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo.

Por fim, na sexta seção destaca-se as implicações ético-jurídicas da autonomia do portador de transtorno mental.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: ANTECEDENTES

No Brasil, a apropriação da loucura pela medicina especializada - a psiquiatria - apresenta-se, marcadamente, a partir da segunda metade do século XIX. Antes disso, de acordo com as poucas referências sobre esse fenômeno, a doença mental é tratada nas esferas religiosa e assistencial (FRAYZE-PEREIRA, 1994; RIBEIRO, 1999).

Os índios brasileiros lidam com os transtornos mentais, atribuídos a espíritos malignos, através do uso ritualizado da magia, praticada pelo pajé da tribo (RIBEIRO, 1999, p. 16).

João Augusto Frayze-Pereira (1994, p. 43-44) também apresenta no estudo das doenças mentais e suas origens esse elemento sagrado, sobrenatural, denominado de etnológico, ao lado do normal e do patológico.

A lição etnológica tem um sentido preciso: alargar nossa compreensão do homem e do mundo humano através da criação de um único campo onde os outros e nós mesmos nos tornamos inteligíveis por nossas singularidades ou melhor, pelas diferenças que existem entre eles e nós. Nas sociedades ditas selvagens, primitivas ou arcaicas, a loucura está presente no coração das coisas e dos homens como manifestação do sagrado. **Nessas sociedades, o louco é reconhecido como diferente.** No entanto, é preciso ficar bem claro, **diversidade não é necessariamente doença.** (FRAYZE-PEREIRA, 1994, p. 43-44, grifos nossos).

No **Brasil Colônia**, as doenças físicas recebem tratamento tanto por parte de médicos formados na Europa como de curandeiros, não há qualquer tipo de atendimento institucional voltado especificamente para a saúde mental.

Desde 1543 compete às Santas Casas de Misericórdia a prestação de serviços médico-hospitalares, os quais, entretanto, não abrangem o doente mental. “[...] Somente por volta do final do século XVIII e início do século XIX é que as Santas Casas passam a oferecer locais específicos para o cuidado de pacientes com distúrbios psiquiátricos.” (RIBEIRO, 1999, p. 17).

Em que pese haver nas Santas Casas de Misericórdia a destinação de um espaço para o acolhimento dos doentes mentais, não lhes é proporcionado qualquer tipo de atenção em saúde. O atendimento tem caráter eminentemente assistencial e não curativo.

Machado e outros (*apud* RIBEIRO, 1999, p. 17) relatam que, também no século XVIII, o Hospital da Bahia reserva espaço para os portadores de transtornos mentais, denominado “casinhas de doidos”.

Nesse período da nossa história, segundo Moreira, citado por Ribeiro (1999, p. 18), e Sigaud,³ citado pela Fundação Oswaldo Cruz (2004, p. 4), o atendimento médico aos doentes mentais é condicionado por dois fatores: econômico - os que têm posses - e o grau da patologia.

Os abastados e relativamente tranqüilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa... Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os pobres, tranqüilos, vagueavam pelas cidades, aldeias, ou pelo campo, entregues às pilhérias da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente. (MOREIRA *apud* RIBEIRO, 1999, p. 18).

Até o **Segundo Império** parece existir uma aceitação social dos loucos no meio ambiente público, tanto na Capital Federal, como no de outras cidades do país (CUNHA, 1990, p. 13; MACHADO, 2003, p. 17).

Entretanto, já no início do século XIX, a consideração social dos doentes mentais transpõe o universo assistencialista e insere-se em um contexto mais amplo, qual seja, o da higienização dos grandes centros brasileiros.

Essa transformação ilustrada pela higienização envolve não apenas o saber médico-científico, mas também o político e o jurídico. É o início do que se denomina **medicalização da sociedade**. Essa medicalização social caracteriza-se pela mudança no *modus operandi* governamental, médico-científico e jurídico. De uma atuação *a posteriori* - curativa, na medicina, e punitiva, no direito e na política - as ações voltam-se para o nível preventivo. Diante da nova concepção de saúde, que passa a ser vista como ausência de doença, logo, requer ações preventivas, o Estado avoca para si o papel de promover melhores condições de vida para a população (ANTUNES, 1999, p. 69).

É com essa finalidade que se funda, em 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ). A higienização do espaço público requer regras e, por isso, a referida SMRJ instaura uma Comissão de Salubridade, com o intuito de elaborar um Código de Posturas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 9). É como parte

³ José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856) médico francês que apresentou, em 1835, um artigo publicado no *Diário de Saúde*, intitulado *Reflexões sobre o trânsito livre de doidos pelas ruas do Rio de Janeiro*, onde denunciava a situação de abandono dos portadores de transtornos mentais (PAIM, 1971 *apud* PICCININI, 2004, p. 36; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 10).

desse contexto higienista, fundado numa medicina social, que o louco torna-se objeto de atenção, na década de trinta do século XIX, da Academia Imperial de Medicina. No caso da loucura, a prevenção dá-se na medida em que se promove o isolamento do louco, evitando-se, com isso, a propagação de comportamentos desviantes semelhantes aos seus (ANTUNES, 1999, p. 69).

No Brasil, em meados do século XIX, a preocupação com a loucura exposta das ruas era, porém, um tema que preocupava apenas àqueles setores imbuídos das modernas noções de ciência. Assim, uma discussão a respeito da loucura surge num debate sobre temas urbanos suscitados no interior da corporação médica, cujo sentido mais geral era a busca de “metropolização” da Corte e das principais cidades do Império. Praticamente restrito a este âmbito, o tema da loucura era um item, e dos menos importantes, numa pauta que incluía a questão dos esgotos, dos matadouros e cemitérios, das temíveis habitações coletivas das classes pobres, da sífilis, da prostituição – da higiene e da modernização das cidades. (CUNHA, 1990, p. 15-16).

A preocupação higienista promove, então, uma mudança no *status quo* do doente mental - da completa integração à vida pública, do livre trânsito nos ambientes públicos, à reclusão. Esse enclausuramento do louco é realizado, num primeiro momento, em prisões e, posteriormente, em hospitais psiquiátricos. O insano passa, em menos de um século, de co-partícipe da vida pública a ameaça à segurança coletiva. Tal transformação deve-se tanto à mencionada higienização das cidades - enquanto uma medida política - como à problemática econômica, decorrente da abertura dos portos às nações amigas, ao incremento da atividade comercial e à produção manufatureira. Todas essas medidas visam a inserir o Brasil no novo cenário político-econômico internacional, regido pelo capitalismo (MACHADO, 2003, p. 17).

Aliás, a relação entre economia e governo apresenta-se não apenas no tocante à geração e à gestão de bens e riquezas, mas também no modo de administrar e controlar o comportamento dos indivíduos, singular ou coletivamente considerados (população) (FOUCAULT, 1984, p. 281).

Esse controle estatal sobre o comportamento populacional demanda várias formas de intervenções. Não por acaso, no mesmo ano em que a loucura passa a ser objeto da atenção da SMRJ é promulgado o Código Criminal do Império (1830), conforme estabelecido no parágrafo 18, do art. 179, da Constituição Imperial de 1824. É o Estado iniciando o seu papel de gestor e organizador da população.

2.1 A inimputabilidade do louco no Código Criminal do Império

O Código Criminal Imperial apresenta-se como a primeira legislação genuinamente brasileira que contempla a temática da doença mental. Antes dele, o comportamento criminal do doente mental no Brasil era regulado pelas Ordenações Filipinas, editadas pela então metrópole brasileira, Portugal.

Por representar a primeira apropriação da loucura pelo Direito Brasileiro, analisar-se-á o Código Criminal Imperial de 1830.

No art. 10, do referido Código Criminal Imperial é apresentado o rol dos considerados penalmente inimputáveis e, dentre eles, figuram os “[...] loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime. [...]” (§ 2º, do art. 10).

O Código Imperial utiliza, então, o critério psiquiátrico, biológico ou etiológico para determinar a inimputabilidade daquele que tenha praticado um delito. Comprovada a loucura, o indivíduo é declarado inimputável, não respondendo penalmente pelo ato ilícito praticado. (ALMEIDA JÚNIOR, 1941, p. 294).

Mas o que caracteriza a (in)imputabilidade penal?

De acordo com Tobias Barreto (2003, p. 11), criminalista do Período Imperial e autor da obra *Menores e loucos em Direito criminal*, “a imputação criminal consiste justamente na possibilidade de obrar conforme o direito, isto é, na possibilidade de adaptar livremente os nossos actos ás exigências da ordem social, cuja expressão é a lei.”

A teoria da imputação toma como ponto de partida a noção da liberdade, tanto na esfera individual, interna, da pessoa, como no âmbito social. Por isso, defende que a pessoa “normal”, que viva em sociedade, quando atinge uma determinada idade estipulada pela lei - o maior de 14 anos - e um certo grau de desenvolvimento físico e psíquico, que lhe propicia o discernimento sobre a (i)licitude de seus atos, age, livremente, em (des)conformidade com a lei.

Para que se julgue se o comportamento ilícito do ser humano “normal” é passível de imputação, ou seja, de responsabilização legal, faz-se necessário o preenchimento de dois requisitos: a) o conhecimento acerca da ilegalidade da ação pretendida (*libertas judicii*); b) a intenção do agente, espontaneamente, praticar o

ato, seja por meio de uma ação, de um fazer, seja por uma omissão (*libertas consilii*).

A idéia de conhecimento remete à concepção de razão, de consciência, enquanto na noção de intenção encontra-se implícita a idéia de vontade, ou seja, o querer, o desejar do sujeito que pratica o delito. Tanto a razão como a vontade ligam-se à noção de liberdade e, em especial, de livre-arbítrio, construída pelos filósofos medievais e mantida na modernidade.

Um desses filósofos, Boécio, citado por Tercio Sampaio Ferraz Junior (2002, p. 90), assevera que a escolha é livre porque é precedida por um conhecimento racional. Por isso, o livre-arbítrio implica no “livre movimento da razão”.

Já em relação à intenção do agente do delito, o estabelecimento do vínculo decorre do fato de a liberdade, enquanto opção, adentrar no universo da vontade (FERRAZ JÚNIOR, 2002, p. 88). Isso ocorre porque o ter vontade passa pela possibilidade/liberdade de escolher entre o fazer e o não fazer, tal como praticar ou não praticar o crime, por exemplo.

O ser humano, individualmente considerado, possui uma liberdade interna - é a liberdade como faculdade, o livre-arbítrio: ele pode querer, mesmo não podendo ter ou exercer; ele é livre para querer (e mesmo assim não fazer) e para não querer (mesmo sendo obrigado a fazer). “Esse querer, tendo podido não querer (*velle et nolle*), condição máxima da criatura, torna-se o **cerne da responsabilidade**.” (FERRAZ JUNIOR, 2002, p. 88, grifos nossos).

Liberdade como faculdade - significava um certo relacionamento, inato ou adquirido, do homem consigo mesmo. No relacionamento do homem consigo mesmo e com a sua própria ação surge uma idéia de liberdade e é neste relacionamento que está a possibilidade de distinguir-se os comportamentos voluntários dos involuntários. Essa noção parte da própria vontade como liberdade-faculdade, querer-poder, ou seja, o próprio livre arbítrio seria livre. (FERRAZ JÚNIOR, 1996).

No mundo moderno, em que a esfera política identifica-se com a soberania estatal, a concepção de liberdade interna continua presente, mas, agora, é identificada com a garantia da não interferência do Estado na vontade dos cidadãos - liberdade como não-impedimento (liberdade negativa). Contudo o Estado interfere na **liberdade de exercício** dos indivíduos, nos seus atos voluntários.

Liberdade como não-impedimento - a liberdade é tomada como se referindo ao relacionamento externo com o ser livre, com o seu mundo circulante. A liberdade surgida neste relacionamento vai significar preponderantemente possibilitação, o que é passado para a Idade Moderna. Cria-se a noção da possibilitação positiva ou negativa, a última no sentido de impossibilitação de fazer o que se quer. É a noção de

liberdade como não-impedimento. É uma noção negativa, pois ela ocorre quando não há impedimento. É originada das discussões sobre a idéia de liberdade de exercício - livre arbítrio. Vem da idéia do eu quero, mas não posso. A liberdade como não impedimento lida com os conceitos querer e poder separados. (FERRAZ JUNIOR, 1996).

Dessa concepção subjetiva de liberdade é que decorre a posição legal adotada pelo legislador do Código Criminal Imperial acerca da responsabilidade ou irresponsabilidade penal. É por isso que o Código Criminal Imperial não isenta de responsabilidade os loucos de todo gênero se ficar comprovado que, no momento do delito, seja ele comissivo ou omissivo, o agente encontra-se num período ou intervalo de lucidez, ou seja, tem condições de saber que o seu ato é legalmente condenável, podendo, então, agir de modo diverso.

A ideia do criminoso envolve a ideia de um espírito que se acha no exercício regular das suas funções, e tem, portanto, atravessado os quatro seguintes momentos da evolução individual: - 1º **a consciência de si mesmo**; - 2º **a consciência do mundo externo**; - 3º **a consciência do dever**; - 4º **a consciência do direito**. O estado de irresponsabilidade por causa de uma passageira ou duradoura perturbação do espírito, na maioria dos casos, é um estado de perda das duas primeiras formas da consciência ou da normalidade mental. Não assim, porém, quanto á carência de imputação das pessoas de tenra idade, e em geral de todas aquelas que não atingiram um desenvolvimento suficiente; neste caso, o que não existe, ou pelo menos o que se questiona, se existe ou não, é a consciência do dever, e algumas vezes também a consciência do direito. (BARRETO, 2003, p. 12-3, grifos nossos).

Se o Estado reconhece, por um lado, que o louco, num intervalo de lucidez, pode responder criminalmente pelo ato praticado, que é considerado ilícito, por outro lado, assume, na primeira parte do mesmo parágrafo, que a regra é a irresponsabilidade criminal do sofredor mental, posto faltar-lhe a consciência acerca da ilicitude do seu ato.

Aliás, a noção de consciência também se relaciona à idéia de liberdade, na era moderna, por meio do princípio da liberdade de consciência. Consoante Tercio Sampaio Ferraz Júnior (2002, p. 98):

A consciência livre, como instância última de julgamento humano, manifesta-se em dois níveis. Um, psicológico, em termos dos *conteúdos* da consciência, o que implicará a questão da *boa* consciência (*conscientia recta*) conforme regras objetivas. Outro, filosófico, levará à questão das decisões com base no *dever*, donde a idéia do homem como legislador da própria conduta. (grifos no original).

Mas, além da “falta” de consciência, que outros critérios são utilizados, nesse período histórico, para caracterizar os *loucos de todo gênero*?

O critério biológico, físico, conforme já mencionado, ou seja, a presença ou não de um tipo de transtorno mental.

Hélio Gomes (1968, p. 132), analisando a linguagem utilizada pelo Código Criminal Imperial, a fim de caracterizar os inimputáveis, em decorrência de transtornos mentais, critica a expressão “loucos de todo o gênero” por ser psiquiatricamente incorreta, na medida em que considera sinônimas a loucura e a alienação. Essas expressões não são sinônimas, pois, cientificamente, a alienação comporta a loucura com uma das suas várias formas de manifestação, ao lado, por exemplo, da demência e da idiotia.

Nesse sentido, o já mencionado Tobias Barreto (2003, p. 41) afirma que essa expressão é insuficientemente genérica para abarcar a totalidade das enfermidades mentais que excluiriam a responsabilidade criminal. Por isso, ele adotou a classificação proposta por Krafft-Ebing,⁴ para definir quais seriam as situações ou condições que impediriam o indivíduo de agir livremente, conscientemente, conforme abaixo:

1º as paralisções do desenvolvimento e as degenerações, que aparecem no cérebro, antes de chegar a sua plenitude morphologica (*idiotia, sandice com impulsos perversos, desvario moral innato*); 2º os estados mórbidos, que depois de atingido o desenvolvimento normal vêm alterar os processos psychicos (*perturbações do espírito, doenças mentaes*); 3º os desarranjos passageiros da actividade psychica, em virtude de uma offensa, tambem passageira, das funcções cerebraes (*somanbulismo, delírios febris, intoxicação alcoolica, psychoses transitorias*). (BARRETO, 2003, p. 44-5).

Mesmo fazendo uso da classificação das psicopatologias tal como proposto por Krafft-Ebing, Tobias Barreto (2003, p. 45), ressalva que apesar desta lhe parecer “[...] aceitável, até onde chegam os dados da psiquiatria vigente, está bem longe, entretanto, de poder reduzir-se à idéia geral da loucura.”

Esse, aliás, é um dilema vivenciado pelos legisladores, quando da redação dos Códigos Penais de seus países, no tocante à inimputabilidade dos doentes mentais: estabelecer um princípio geral, deixando a critério do médico forense a determinação da (in)imputação, ou enumerar, taxativamente, todas as hipóteses de

⁴ **Richard Freiherr von Krafft-Ebing** (1840–1902). Psiquiatra austríaco, autor da obra *Psicopatologia Sexual*, um famoso estudo sobre perversão sexual. É conhecido, também, por ter cunhado os termos “sadismo” e “masoquismo”. Após especializar-se em psiquiatria, trabalhou em vários hospitais psiquiátricos, mas preferiu a docência, tendo ministrado aulas em Strasbourg, Graz e Vienna. Foi, ainda, um perito forense na capital da Áustria. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Richard_von_Krafft-Ebing>. Acesso em: 11 dez. 2005. (tradução nossa).

transtornos mentais, consoante um referencial teórico, médico-científico, que excluiriam a imputação. A solução não é pacífica, nem no âmbito jurídico, nem no universo médico (BARRETO, 2003, p. 47-9; RODRIGUES, [19--], p. 15-6).

Não menos conflitiva é a questão relativa à declaração da inimputabilidade. A quem cabe determinar se o “louco” é ou não (in)imputável quando da prática do crime: ao juiz ou ao médico legal?⁵

O Código Criminal do Império, no seu art. 12, delega essa competência para o juiz, ao estabelecer que os loucos criminosos deveriam ser entregues aos seus familiares ou recolhidos “[...] às casas para elles destinadas [...],” de acordo com o entendimento do magistrado.

Diante do exposto, pode-se concluir que, para o legislador pátrio, o diagnóstico da insanidade mental era uma questão de “prudência” e não de “ciência”.

Essa delegação de competência aos magistrados não escapa às críticas de Tobias Barreto (2003, p. 63), que propõe, já naquela época, atribuir-se ao “médico da justiça” o papel de emitir o julgamento acerca da (in)imputabilidade de quem tivesse praticado algum delito. Contudo, tal julgamento não se restringiria a uma perícia, à emissão de um laudo, mas dar-se-ia por meio de um órgão colegiado, constituindo-se uma verdadeira corte de médicos-magistrados. Das sentenças prolatadas por esse colégio de especialistas caberia recurso tão-somente a um conselho superior de mesma natureza, representado pelas Faculdades de Medicina. Desta feita, verifica-se que Tobias Barreto, contrariando a *mens legislatoris* da época, propõe um julgamento técnico e não jurídico para a determinação da (in)imputabilidade dos *loucos de todo o gênero*.

A minha opinião está assentada: - aos medicos, e só aos médicos, é que compete apreciar definitivamente o estado normal ou anormal da constituição psycho-pyshica dos criminosos. Elles não devem limitar-se a *attestar* esse estado, mas antes devem *julga-lo* magistratica e auctoritariamente. (BARRETO, 2003, p. 65).

⁵ A medicina legal, no Brasil, é anterior à Psiquiatria, que dela decorre. As primeiras publicações nessa área da medicina datam de 1814. Ao período compreendido entre 1814 até 1877 Piccinini (2004, p. 33) denomina de *estrangeiro*, pois corresponde a uma transposição, sem nenhuma reflexão crítica das produções internacionais, nesse ramo da medicina.

2.2 Institucionalização e medicalização do louco a partir do Segundo Império

A organização do espaço urbano iniciada com a vinda da família real para o Brasil perpassa, conforme mencionado anteriormente, pela exclusão do louco desse ambiente ao qual até então encontra-se integrado.

O primeiro parecer científico contrário à circulação e permanência dos loucos nos espaços públicos é elaborado pelos integrantes da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, os médicos Luiz Vicente De-Simoni, José Francisco Xavier Sigaud e José Martins da Cruz Jobim, que defendem a necessidade da criação de um espaço adequado para o restabelecimento da saúde psíquica e moral dos alienados (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 10).

É também em meados do século XIX que tem início o desenvolvimento da psiquiatria brasileira, no âmbito acadêmico, através da investigação das teorias elaboradas pelo francês Phillipe Pinel,⁶ do seu discípulo Esquirol e do inglês Willian Tuke.

Desde o momento de sua constituição, no século XIX, até o início do século XX, o saber psiquiátrico brasileiro seguiu a linha da escola francesa de Pinel introduzida no Brasil principalmente por meio de textos de Esquirol, que serviram de modelo para a criação do nosso primeiro hospício, o Hospício de Pedro II. (PORTOCARRERO, 2002, p. 33).

Além do espaço ocupado nos debates acadêmicos das faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, o pensamento desses alienistas europeus é estudado na SMRJ, que se mobiliza em torno da idéia "Aos loucos o hospício!".

Apesar de voltarem-se para o estudo das obras de Pinel, Esquirol e Tuke, as questões teóricas que são postas pelos médicos brasileiros - qual é a natureza e o *locus* da insanidade mental - ainda remontavam aos primórdios da psiquiatria européia e encontravam-se desvinculadas de uma atuação prática. Aliás, o especialista em psiquiatria, no Brasil, só se afigura a partir dos anos 80 do século

⁶ As idéias de Pinel foram expostas na sua obra *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, publicado em 1801 e reeditado em 1809. Essa obra é considerada um marco, na medida em que inauguraria o nascimento da Psiquiatria enquanto especialidade médica. Consoante Pessotti (1994, p. 165), Pinel conceberia a natureza da loucura como uma "[...] lesão das funções mentais, principalmente intelectuais; as causas podem ser orgânicas ou 'morais' e nesse termo se incluem paixões, conflitos, frustrações, hábitos, gostos, vícios: a repressão do desejo pode induzir à alienação, mas não como causa determinante e sim como predisposição para hábitos e inquietações que podem, essas sim, conduzir à mania ou à melancolia". Pinel propõe uma terapêutica moral, logo, repressiva, para os loucos, buscando fazer com que eles sejam reeducados para se comportar de acordo com os padrões éticos da época.

XIX. O aparecimento do psiquiatra e do seu ambiente especializado de atuação - o hospício -, prenunciado no conto machadiano *O alienista*, escrito em 1881 (MACHADO DE ASSIS, 1997), coincidirá com o advento da República (CUNHA, 1990, p. 16; RIBEIRO, 1999).

Enquanto a ciência se constrói sem o respaldo da experiência, a prática em psiquiatria, por sua vez, é desprovida de qualquer embasamento teórico-prático e humanista e tem por escopo livrar a sociedade da presença indesejável dos doentes mentais, que vagam por locais públicos, em detrimento da recuperação ou promoção da saúde dos mesmos.

Esse descolamento entre teoria e prática psiquiátrica leva José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa de Misericórdia e Ministro de Estado do Império, em 1839, a denunciar através de um relatório, que “parece que entre nós a perda das faculdades mentais se acha qualificada como crime atroz, pois é punida com a pena de prisão, que pela natureza do cárcere onde se executa, se converte na de morte” (*apud* ALENCAR, 2003, p. 20; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 11).

Seu clamor chega até o Imperador Dom Pedro II, que após inteirar-se da situação dos internos na Santa Casa do Rio de Janeiro e ouvir seus gritos, vindos dos porões do referido hospital, assina o decreto n. 82, em 18 de julho de 1841, no qual prevê a criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, dando início, desta forma, ao processo de institucionalização dos loucos, no sentido de seu recolhimento em instituições voltadas exclusivamente para o tratamento mental (ALENCAR, 2003, p. 20; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 12).

Começa no Brasil o processo de construção jurídica, política, ideológica e científica dos hospícios como local de tratamento dos doentes mentais. Instaura-se, a partir de então, um “asilamento científico”, que “[...] retira da loucura a sua visibilidade imediata aos olhos dos leigos, impondo-lhe o silêncio definitivo dos ‘pacientes’.” (CUNHA, 1990, p. 30, p. 32).

Esse processo de institucionalização do louco, iniciado no Segundo Império, será consolidado, conforme já asseverado, com o advento da República, de acordo com o exposto a seguir.

O Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852, é construído com dinheiro público, longe da zona urbana e próxima à Praia da Saudade. Além do Hospício D. Pedro II, também inicia suas atividades o Hospício São Paulo, seguido de outras entidades inauguradas em outras capitais do país, cujas práticas, entretanto, são

muito mais de cunho assistencial do que médico, razão pela qual restringir-se-á a análise ao Hospício D. Pedro II (CUNHA, 1990, p. 33).

A segregação do doente mental em um espaço físico distante de outros locais de convivência social, notadamente a própria sociedade civil e a família, reflete o **princípio de isolamento** teorizado por Esquirol e transposto para o tratamento psiquiátrico oferecido neste hospital. Para Esquirol, o tratamento seria bem sucedido na medida em que o paciente fosse instalado em um “[...] espaço medicalizado, terapêutico, organizado, sendo ele mesmo instrumento de cura.” (PORTOCARRERO, 2002, p. 44, grifos nossos). Aliado à localização geográfica do estabelecimento de saúde, havia as condições climáticas, a qualidade do ar e a tranqüilidade do local.

Esse isolamento dos doentes mentais cumpre duas funções científicas: uma, de neutralidade científica, fundada na crença das ciências naturais de que o objeto de conhecimento - a loucura - deve ser observado sem interferências do meio - a sociedade e outra, de tratamento moral, que demanda o distanciamento da (suposta) causa da moléstia: as paixões (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 14).

“O edifício, em estilo neoclássico, era provido de espaços suntuosos e decoração de luxo, e passa a ser popularmente conhecido como o ‘palácio dos loucos’.” (ALENCAR, 2003, p. 20). Essa citação remete a outro **princípio** terapêutico preconizado por Esquirol e adotado no Pedro II, o **arquitetônico**. “A arquitetura é um fator importante de cura, pois o que cura é a localização do indivíduo e a própria organização do espaço em que o alienado tem contato com pessoas de seu sexo, sua classe, seu tipo de comportamento.” (PORTOCARRERO, 2002, p. 44, grifos nossos).

O princípio arquitetônico relaciona-se não à estética do prédio, mas sim à organização e ocupação dos espaços utilizados ou freqüentados pelos pacientes. Essa disposição arquitetônica dos locais possibilitaria uma maior eficácia do tratamento moral, por meio do efetivo controle do agir dos pacientes e, até mesmo, dos profissionais que ali atuam.

Toda a sua imponência, todo seu luxo, não isentou o Hospício Pedro II de críticas como as lançadas pelo Dr. José Joaquim Ludovino da Silva, para quem o acompanhamento da sua edificação deve ser realizada por um médico, posto ser parte do tratamento (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 12).

Mas não é apenas a fiscalização da construção do Hospício que escapa das mãos dos médicos. A direção do Hospício D. Pedro II, que inicia suas atividades com 140 leitos em funcionamento, também fica a cargo dos administradores da Santa Casa de Misericórdia (CUNHA, 1990, p. 32; MACHADO, 2003, p. 18; PORTOCARRERO, 2002, p. 41; RIBEIRO, 1999, p. 20).

A delegação às religiosas da gestão do hospício deve-se à uma concepção pedagógica e não médica do tratamento. O louco, dentro desta visão, é doente sob uma ótica social, visto não se enquadrar nos parâmetros sociais de normalidade vigentes.

Para Esquirol, que inspira esse modelo de tratamento psiquiátrico, a loucura é uma desorganização do comportamento, que se manifesta através do ataque à ordem social, notadamente às autoridades públicas e familiares e, por isso, fazia-se necessário o afastamento do doente deste meio pernicioso à sua saúde mental.

A esse respeito, Ariès e Duby, na sua obra *História da Vida Privada* relatam que:

Quando a perturbação mental se acentua, pais e médicos se defrontam com um problema de dimensão completamente nova. **A proximidade do louco alimenta a ansiedade do grupo. O terrível segredo compromete a honra da família**, ameaça as mais bem elaboradas estratégias matrimoniais. **Quando o alienado é uma criança, “guardá-lo” parece natural.** [...] Às vezes o médico de família, que tem a difícil missão de tratar estes doentes, apela para um alienista, que desempenha o papel de consultor; esboça-se assim **uma prática psiquiátrica pouquíssimo conhecida. Em 1866 [Na França], 58687 enfermos mentais são tratados desta forma, no interior do quadro familiar, ao passo que 323972 são mantidos nos asilos.**

A presença do louco que se tornou adulto fica insuportável; na maioria das vezes, os que o cercam decidem afastá-lo, **sobretudo quando se trata de uma mulher solteira, menos útil que o homem na manutenção do grupo.** Até a aplicação da **lei de 1838**, que define a condição do alienado, reina a mais completa anarquia neste terreno. Por iniciativa da família, a internação pode ser decidida por um simples certificado do prefeito, do padre, de uma religiosa ou de qualquer notável local. **Com grande freqüência o internamento segue-se a uma decisão judicial de interdição.** (ARIÈS; DUBY, 1992, v. 5, p. 327-9, grifos nossos).

O papel desempenhado pelos hospícios brasileiros do século XIX e, em especial, pelo Hospício D. Pedro II, é alvo de críticas como as feitas pelo Dr. José Joaquim Ludovino da Silva. Dentre os críticos mais importantes, destacam-se Nuno de Andrade,⁷ Teixeira Brandão⁸ e Juliano Moreira.⁹ Todos os três atuam no Hospício D. Pedro II e insurgem-se contra

⁷ Nuno de Andrade (1851-1922) trabalhou no Hospício D. Pedro II e destacou-se por ter sido o pioneiro na luta pela sua desvinculação da Santa Casa de Misericórdia (BRASIL, 2003, p. 21).

[...] sua organização arquitetônica, a subordinação do médico ao pessoal religioso, a ignorância ou a maldade dos enfermeiros, o processo não médico de internação, a falta de uma lei nacional para alienados e de um serviço de assistência organizado pelo Estado. (MACHADO, 2003, p. 18).

A organização arquitetônica é calcada, como já mencionado anteriormente, na separação por sexo, classe social, “tranqüilos e agitados”, dentre outras categorias e não possui nenhum embasamento teórico-científico.

Eis a opinião de Teixeira Brandão, manifestada à Imprensa Nacional, em 1886 (*apud* FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 13):

No intuito principal de levantar-se um palácio para os loucos, erigiu-se um monumento aparatoso, com poucas acomodações, atendendo-se ao tamanho do edifício, sem as divisões necessárias às separações dos doentes, segundo os caracteres da moléstia, e sem os aparelhos indispensáveis a aplicação dos meios terapêuticos.

A subordinação do médico à administração religiosa gera todo tipo de debate, exceto aqueles que seriam desejáveis, ou seja, as discussões teórico-científicas, tal como ocorreu na Europa (PORTOCARRERO, 2002, p. 45). Acerca dessa problemática Teixeira Brandão (1887) afirmava que a Santa Casa é um “[...] verdadeiro Estado no Estado,” pois se sujeita apenas aos interesses imperiais e não aos dos médicos (*apud* FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 14).

Em razão do exposto, o psiquiatra, que luta desde 1830 para impor-se como elemento necessário à promoção e manutenção da ordem social, encontra-se numa posição secundária, ainda no final do século XIX. Essas críticas e reivindicações encontram respaldo com o advento da República, em 1889.

O acolhimento das demandas médicas pelo regime republicano, por sua vez, é possibilitado pela transformação havida no ensino da medicina e, em especial, pelo estudo da alienação mental, a partir de 1879. Esse estudo é realizado tanto pela psiquiatria como pela medicina legal.

Dentre as principais alterações ocorridas no final da década de 70 do século XIX há, no âmbito da medicina legal, a substituição de Francisco Fernando de Abreu por Agostinho José de Souza Lima, na cátedra de medicina legal da Faculdade de

⁸ Teixeira Brandão (1854-1921) assumiu, em 1883, “[...] a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo, por essa razão considerado o primeiro alienista brasileiro. Como Diretor do Hospício de Pedro II (1886), desanexa essa instituição da Santa Casa de Misericórdia e, em 1890, funda a primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Brasil.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 21).

⁹ Juliano Moreira (1873-1933) foi um dos primeiros psiquiatras brasileiros. Negro, de origem humilde, aprendeu alemão, inglês e francês o que o auxiliou a desenvolver seu trabalho e a ter reconhecimento profissional tanto no Brasil como no exterior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 28).

Medicina do Rio de Janeiro, em 1877. A atuação docente de Agostinho José de Souza Lima inicia a segunda fase desta área da medicina, ao estimular a formação de um saber nacional propriamente dito. Antes, no que se pode denominar primeira fase da medicina legal brasileira, a produção científica restringe-se à reprodução da literatura estrangeira, sem nenhuma contribuição nacional. Nessa segunda fase implanta-se o primeiro curso prático de tanatologia forense, gerando interpretações forenses em consonância com o universo legislativo pátrio, o que incentiva juristas e médicos a se voltarem para o estudo da medicina legal. A nacionalização da medicina legal consolida-se com o trabalho desenvolvido por Nina Rodrigues, numa terceira fase da medicina legal. Nina Rodrigues institui uma medicina legal genuinamente brasileira, na medida em que privilegia as características e experiências locais em suas análises científicas, em detrimento das estrangeiras (ANTUNES, 1999, p. 18-20; PICCININI, 2004, p. 33).

Na esfera da psiquiatria, há a inclusão da “Clínica Psiquiátrica”, nos currículos dos cursos das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, por intermédio da disciplina “Doenças Nervosas e Mentais”, possibilitando a profissionalização da psiquiatria brasileira.

A regência dessa disciplina fica, inicialmente, sob a responsabilidade de Nuno Ferreira de Andrade, que também é o Diretor do Serviço Clínico do Hospício D. Pedro II. Nuno é sucedido por Teixeira Brandão, que assume a disciplina em 1883, após sua aprovação, em primeiro lugar, no concurso público para professor adjunto da matéria “Doenças Nervosas e Mentais”, que passa a ser estudada com uma preocupação científica, impulsionando, desta forma, a investigação da alienação mental.

Por reunir as funções de professor da disciplina de Doenças Nervosas e Mentais e de Diretor do Hospício de Pedro II [cargo que assumiu em 1887], Teixeira Brandão reforçava sua liderança tanto na produção de conhecimento quanto na organização e administração da assistência aos alienados. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 15).

Com o advento da República, em 1889, verifica-se, ao lado da já iniciada reestruturação do ensino médico, a necessidade de reorganizar o atendimento nos hospícios, para que esses estabelecimentos possam cumprir suas funções terapêuticas. Essa antiga demanda é atendida pelo recém-empossado governo republicano, fortalecendo os médicos e a sua atuação, enquanto sujeitos dotados de saber-poder. É a medicalização da loucura, que atende aos reclames de Nuno de

Andrade, Teixeira Brandão e Juliano Moreira e se apresenta através de três elementos: a) crítica à administração dos hospícios; b) defesa da ampliação da rede de hospitais psiquiátricos; c) elaboração de uma norma que assegure aos hospícios o monopólio do seqüestro e que regule a sua situação social.

A administração do Hospício D. Pedro II é transferida, de fato e de direito, para os médicos, através do decreto n. 142-A, de 11 de janeiro de 1890, que estabelecia a separação entre a Santa Casa de Misericórdia e o recém-nomeado Hospício Nacional de Alienados (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 15).

O ano de 1890 é vitorioso para a psiquiatria brasileira. A autonomia jurídico-administrativa concedida ao atual Hospício Nacional de Alienados marca, também, a mudança do paradigma psiquiátrico brasileiro. Sai de cena o modelo francês até então vigente, notadamente a teoria de Esquirol, e entra o modelo alemão representado pela teoria de Kraepelin. Essa transmutação promove alterações tanto teóricas como práticas. O responsável direto por essas mudanças é Juliano Moreira.

Além disso, em 15 de fevereiro desse mesmo ano (1890) é criada a Assistência Médico-Legal aos alienados, integrada pelo Hospício Nacional de Alienados e pela Colônia de Alienados, através do decreto 206-A.

A reclamada lei nacional para alienados será editada em 1892, três anos após a proclamação da República, como se verá adiante. Contudo, antes de analisar o Decreto n. 896/1892, realizar-se-á o estudo do Decreto n. 847, de 11 de outubro de 1890, o Código Penal dos Estados Unidos do Brasil, no que tange às questões penais que envolvem o doente mental.

2.3 Doença mental e segurança pública no Código Penal de 1890

O primeiro Código Penal da República, nos moldes do seu antecessor, considera inimputáveis os doentes mentais, aí denominados “[...] portadores de imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, bem como os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no momento do crime.” (art. 27, §§ 3º e 4º).

Observa-se, desta feita, um avanço em relação ao texto normativo anterior: a nomenclatura utilizada para denominar os doentes mentais é modificada,

denotando-se o entendimento de que há diferentes modalidades de patologias mentais, tais como a imbecilidade e a senilidade (art. 27, § 3º).

O critério adotado para a determinação da irresponsabilidade penal, conforme expresso no § 4º do art. 27, é o psicológico ou sintomático, ou seja, para o legislador de 1890, a inimputabilidade decorre não da mera existência da doença mental, conforme o critério psiquiátrico adotado na legislação anterior, mas sim dos seus efeitos sobre o comportamento do indivíduo (ALMEIDA JÚNIOR, 1941, p. 294).

Nelson Hungria (1955, v. 1, p. 324) critica essa expressão - “estado de completa privação de sentidos e de inteligência” - por considerá-la muito ampla, o que pode acarretar uma interpretação extensiva, quando da sua análise hermenêutica, ocasionando, dessa forma, uma indesejável diminuição ou isenção da pena de pessoas penalmente imputáveis.

As críticas à terminologia adotada pelo Código Penal de 1890 não se restringem aos juristas. Na medicina, opiniões contrárias à expressão anteriormente mencionada também se fazem sentir, sobretudo porque, desde a década de 70, daquele século (XIX), houve um sensível desenvolvimento da medicina legal brasileira, impulsionado, em especial, pela produção científica da escola de Medicina da Bahia. Essa importância da medicina legal atinge seu auge na década de 90 do referido século, com o surgimento da figura do perito, “[...] que ao lado da polícia explica a criminalidade e determina a loucura [...]” (SCHWARCZ, 1993, p. 190). Essa explicação médico-legal acerca da criminalidade e da loucura é feita, entretanto, a partir de interpretações racistas, contrárias à miscigenação do povo brasileiro, a que atribuem a degeneração, a loucura e a criminalidade (SCHWARCZ, 1993, p. 190-1).

Outra crítica médica feita ao texto normativo - de que a teoria do livre-arbítrio, que o embasa, estaria ultrapassada - perpassa, mais uma vez, pela sua concepção hegemônica de medicalização de todos os segmentos da sociedade brasileira e o direito e seus operadores não fugiriam a essa regra.

Utilizando justificativas evolucionistas e ciente da amplitude de sua atuação, esse profissional partirá para a disputa de novos espaços, até então reservados aos “homens de lei” e aos bacharéis. Aos médicos, dizia um artigo da *Gazeta Medica*, caberia a “orientação científica, que assegura a execução das boas leis e dá estabilidade e firmeza aos melhores planos de progresso e engrandecimento do paiz”. (GMB, 1899 *apud* SCHWARCZ, 1993, p. 190).

Ainda em relação ao tratamento jurídico-penal dado aos doentes mentais, o art. 29 do Código Penal de 1890 estabelece que os considerados inimputáveis, em virtude de, no momento do crime estarem acometidos de afecção mental, devem ficar sob a responsabilidade de seus familiares ou serem internados em hospitais de alienados, por uma questão de segurança pública, caso seu estado mental assim o exija.

A esse respeito é ilustrativa uma decisão de primeira instância, versando sobre a relação entre crime e loucura, direito e medicina, prolatada pelo juízo de Tatuí e confirmada pela Câmara Criminal do Tribunal de Justiça de São Paulo, em 20 de agosto de 1914.

Verifica-se, da análise dessa sentença, a importância da necessária integração entre o trabalho do Poder Judiciário, do Ministério Público e dos médicos-peritos ou especialistas, a fim de que haja não apenas a correta aplicação da norma jurídica, mas sobretudo o adequado tratamento jurídico e médico-científico do portador de transtorno mental. Ou, nas palavras do magistrado que proferiu a sentença:

Em face das disposições legais é da competência dos Juizes summariantes tomar conhecimento das excusas do art. 27 do Código Penal; sendo certo que não são criminosos os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime, assim ficando reconhecida a irresponsabilidade criminal daquelles que no acto não tenham a possibilidade de obrar livremente, em cujo numero estão os loucos de todo o genero.

Ora, as molestias mentaes determinando as alterações das funções psychicas, cabe á medicina bem apreciar-as em suas varias modalidades, para verificar como no caso em estudo, si o acto do réu foi determinado pela não existência do seu livre arbítrio. (SÃO PAULO, 1916, p. 42).

Trata-se de um crime de homicídio, na modalidade de fratricídio, praticado pelo réu J.S. contra seu irmão L.S.N., a golpes de navalha.

A genitora de ambos alega que o acusado sofria, há muito, de “mania de perseguição” e pede, em função disso, a decretação da interdição do réu, bem como a sua nomeação como curadora do mesmo a fim de que, enquanto tal, possa constituir-lhe um defensor. Tal pedido é deferido, após o cumprimento das formalidades legais, inclusive a realização de exame de sanidade mental no acusado.

O advogado nomeado para defender o réu requer dois pedidos em sua petição: a) a sua absolvição, com base no art. 27, § 4º, do Código Penal e b) a sua entrega à família, para que dele cuide, conforme dispõe o art. 29 do Código Penal.

Em decorrência do pedido de entrega do réu aos cuidados dos seus familiares, é solicitado novo exame mental, com a assistência do Ministério Público, a fim de se averiguar, por meio das respostas aos quesitos formulados, se o réu pode ou não receber tratamento domiciliar, sem causar prejuízo para a segurança pública.

O diagnóstico apresentado é de demência precoce (esquizofrenia), que, segundo Afrânio Peixoto tem “[...] como causa íntima a herança neuropathica, sendo bem certo esse principio elementar de psycho-pathologia, que na hereditariedade que se transmite pelo sangue dos paes aos filhos, está quase esmpre [sic] o germen do delicto.” (*apud* SÃO PAULO, 1916, p. 43).

Diante do resultado do exame, que constata a presença de doença mental, o magistrado acolhe-o, considerando o réu inimputável, pois, de acordo com o seu entendimento, “por esses exames, que constituem as provas mais legitimas e legaes no caso em hypothese, claro foi o resultado para a applicação do disposto no art. 27, § 4º, do Código Penal, conforme Kafft-Ebling, *Psychopathologia Forense* [...]”

O juiz também afasta a hipótese de simulação, acolhendo, ainda, o segundo pedido formulado nos autos do processo, qual seja, a manutenção do réu junto aos seus familiares, que zelariam por ele, posto terem constatado os peritos que o mesmo não ofereceria perigo para a sociedade.

Com estes fundamentos foi o réu absolvido em face do art. 27, § 4º, determinando a sentença fosse entregue á sua mãe por meio de alvará, após ter esta assignado um termo de responsabilidade pela pessoa do mesmo réu, a bem da segurança do público. Interposto o recurso ex-officio, a Camara Criminal em accordam de 20 de agosto de 1914 confirmou esta decisão, por achal-a jurídica e de accôrdo com a prova dos autos. (SÃO PAULO, 1916, p. 43).

A sentença considera o réu inimputável com fulcro tanto nos exames realizados - fundamentação científica - como nos anteriormente mencionados art. 27, § 4º, e 29 do Código Penal - embasamento jurídico (SÃO PAULO, 1916, p. 43).

Em relação ao condenado que é acometido de uma doença mental, o Código Penal de 1890, no seu art. 68, prevê que deve recobrar sua sanidade mental antes de iniciar o cumprimento da pena que lhe foi imposta. Caso o cumprimento da pena encontre-se em curso, suspende-se a sua execução, até o completo

restabelecimento das faculdades mentais do condenado, não se computando o tempo da suspensão no da condenação (parágrafo único do art. 68).

A circulação dos doentes mentais é outra questão relacionada à saúde mental, prevista no Código Penal de 1890. Caracteriza contravenção de perigo comum, segundo o art. 378 do Código Penal de 1890, punível com multa de 50\$ a 100\$000, o fato de deixar vagar loucos confiados à sua guarda, bem como a não comunicação da sua fuga à autoridade competente, para que essa possa recolhê-los ou, ainda, o acolhimento de alienados mentais, em residência particular, sem prévia comunicação à autoridade competente ou sem autorização legal.

Verifica-se do exposto no art. 378 que a preocupação do Estado é com a segurança pública e não com a proteção do doente mental, em decorrência do suposto perigo que ele possa representar para as pessoas com que venha a estabelecer contato.

2.4 Normalização e normatização do doente mental no Decreto n. 896/1892

O decreto n. 896/1892, emanado do Poder Executivo, caracteriza-se por ser a primeira legislação que sistematiza e consolida as políticas públicas jurídico-sanitárias implementadas até então pelo governo republicano, em relação aos alienados, bem como apresenta um modelo de atendimento e tratamento para o doente mental até então inexistente.

A ementa do Decreto n. 896/1892 ao mencionar uma “assistência médico-legal de alienados” apresenta uma fusão entre medicina-legal e psiquiatria e direito, que ainda perdura no imaginário social: competiria a essas ciências, cujo caráter é, respectivamente, normalizador e normatizador, o “tratamento dos alienados”.

Essa correlação constrói-se por meio de um discurso que associa degenerescência e periculosidade, loucura - desordem mental - e desordem social, gerada pelo portador de transtorno mental, que se constitui, dessa forma, num caso de polícia.

A teoria da degenerescência concebida por Benedict-Augustin Morel e exposta na sua obra *Traité des Dégénérescences Physiques...*, publicada em 1857, é adotada pelos psiquiatras brasileiros, no final do século XIX, e serve aos ideais

republicanos como instrumento de controle social, em especial das camadas populares.

“O conceito de ‘estigmas degenerativos’ passa a ser abusivamente utilizado, como causa ou como sintoma, ocasionando grande confusão na teoria da alienação mental. É sobretudo nos diagnósticos psiquiátricos que essa confusão aparece.” (PORTOCARRERO, 2002, p. 48).

Antes de Morel, a degeneração é um termo utilizado por naturalistas e antropólogos, a fim de identificar diferenças étnicas e raciais. Morel, por sua vez, usa o termo para caracterizar a doença mental, transformando, assim, a degeneração numa categoria antropopatológica, entendida como “desvios doentios do tipo normal da humanidade, hereditariamente transmissíveis, com evolução progressiva no sentido da decadência.” (CARRARA, 1998, p. 82; PORTOCARRERO, 2002, p. 47).

Por isso, Morel propõe um modelo de tratamento baseado tanto na higiene física como moral não só do indivíduo, mas também de todo o corpo social.

A doença - loucura - perde, assim, seu *status* patológico e adquire um estatuto moral, sendo entendida como deturpação da vida moral.

Identificada com a deterioração da vida moral, a loucura passa a ser reconhecida como desatino.

Nesse contexto, o papel que desempenham os médicos tem um objetivo claro: combater a desordem social, o perigo dos homens e das coisas decorrentes da não-planificação da distribuição e do funcionamento da cidade. A medicina começa a se interessar por tudo o que diz respeito ao social. Deixa de ter fronteiras. Pela integrante da nova estratégia política de controle dos indivíduos e da população, vai pouco a pouco - não sem lutas e obstáculos - impregnar o aparelho de Estado e se interessar por instituições como a escola, o quartel, a prisão, o cemitério, o bordel, a fábrica, o hospital, o hospício... (MACHADO, 2003, p. 17).

Recolhidos às instituições “totalitárias”, encontram-se, além dos loucos, os jogadores contumazes, os criminosos e contraventores, as prostitutas, todos classificados como psiquicamente “degenerados” e, portanto, cujo comportamento deve ser disciplinado e controlado por meio da intervenção médica e legal.

Se, por um lado, o enclausuramento dos “degenerados” e, dentre eles, dos “insanos” permite à urbe livrar-se dessa massa representativa da degenerescência, por outro, ela também se presta ao controle do comportamento dos “normais”, à proporção em que disciplina seus corpos para a vida em sociedade, sob o pretexto de protegê-los contra a degeneração (CUNHA, 1990, p. 31-2).

Por encontrar-se toda a sociedade sob vigilância, a repressão e a prevenção perpassam também pelo comportamento das crianças e jovens, dos operários e dos membros das forças armadas, que devem ser disciplinados pela família, pelos superiores e pelos oficiais, a fim de não se degenerarem (crianças e jovens), canalizarem sua força física para a indústria emergente (operários) e manterem ou restabelecerem a ordem, protegendo, dessa forma, a sociedade brasileira contra os já referidos degenerados (policiais e membros das Forças Armadas) (MACHADO, 2003, p. 17).

Diante desse quadro, pode-se inferir que o saber médico-científico - psiquiatria - alia-se ao poder - regime republicano - e constitui-se enquanto saber-poder, ou seja, enquanto um conhecimento que é utilizado pelo poder (político) e que é, por si mesmo, poder, na medida em que identifica, define, rotula, o que é a degeneração e, em última instância, a loucura e quem é o degenerado e, por conseguinte, o louco.

O apoio imediato do regime republicano às reivindicações e prescrições do alienismo foi, em si mesmo, extremamente significativo [...] Apoiavam a idéia alienista de que o progresso exigiria indivíduos mais robustos do ponto de vista de sua estrutura psíquica, pois acentuava a concorrência e o princípio da “sobrevivência dos mais aptos” retirada das teorias evolucionistas e transcrita na forma do darwinismo social. Sendo o “outro” da ordem e do progresso – pilares republicanos inscritos na bandeira nacional pelos seus ideólogos positivistas -, a degeneração precisava ser enfrentada como condição de viabilidade do novo regime. (CUNHA, 1990, p. 35-6).

Essa cooperação entre governo e ciência é muito bem explorada por Machado de Assis no conto *O alienista*. O autor parece apresentar por meio de um diálogo entre o barbeiro Porfírio e o alienista Simão Bacamarte, entabulado após o fim da rebelião e o restabelecimento da ordem social em Itaguaí, uma distinção entre “coisa de governo” - definir os rumos da coletividade - e “coisa de ciência” - definir o que é a loucura e como curá-la. Apesar de serem segmentos distintos, o governante assevera que devem se aliar para controlar a população e, ao mesmo tempo, demonstrar tolerância em relação aos seus anseios. Já que é à ciência e não à política que compete determinar quem é louco e sanar a loucura, o alienista deve “agir politicamente” contribuindo para esse controle da população. A ciência tem, diante disso, uma grande “responsabilidade de governo”.

- O pasmo de Vossa Senhoria, atalhou gravemente o barbeiro, vem de não atender à grave responsabilidade do governo. O povo, tomado de uma cega piedade que lhe dá um tal caso legítima indignação, pode exigir do governo, certa ordem de atos; mas este, com a responsabilidade que lhe

incumbe, não os deve praticar ao menos integralmente, e tal é a nossa situação. A generosa revolução que ontem derrubou uma câmara vilipendiada e corrupta, pediu em altos brados o arrasamento da Casa Verde; **mas pode entrar no ânimo do governo eliminar a loucura? Não. E se o governo não a pode eliminar, está ao menos apto para discrimina-la, reconhecê-la? Também não; é matéria de ciência. Logo, em assunto tão melindroso, o governo não pode, não quer dispensar o concurso com Vossa Senhoria.** O que lhe pede é que de certa maneira demos alguma satisfação ao povo. Unamo-nos, e o povo saberá obedecer. Um dos alvitres aceitáveis, se Vossa Senhoria não indicar outro, seria fazer retirar da Casa Verde aqueles enfermos que estiverem quase curados e bem assim os maníacos de pouca monta etc. Desse modo, sem grande perigo, mostraremos alguma tolerância e benignidade. (MACHADO DE ASSIS, 1997, p. 36, grifos nossos).

Exemplo concreto do ilustrado na passagem literária citada, a consolidação das normas que regulam os serviços de assistência médico-legal a que se refere o Decreto n. 896/1892 sistematiza, no seu Regulamento a seguir exposto, o comportamento do corpo social, do corpo clínico e do doente mental.

2.4.1 Regulamentação do decreto n. 896 para a assistência médico-legal de alienados

O regulamento¹⁰ mencionado no Decreto n. 896/1892 contém 114 artigos, dispostos em sete capítulos. Apesar de o Decreto ter, em tese, um alcance nacional, seu regulamento restringe-se a disciplinar o atendimento ao doente mental no Distrito Federal, ou seja, no Rio de Janeiro. Cabe, então, a cada estado, regulamentar a temática em seu território, em atenção ao princípio federativo.

Por intermédio de alguns dos seus dispositivos legais pode-se acompanhar a transformação ocorrida na concepção médica vigente à época, razão pela qual serão destacados, oportunamente. O pensar e o agir dos médicos em relação à loucura é denominada consciência científica ou médica por Foucault. Para ele,

[...] a **consciência científica ou médica da loucura**, ainda que reconheça a impossibilidade de operar uma cura, está sempre virtualmente comprometida num sistema de operações que deveria permitir eliminar seus sintomas ou dominar suas causas. (FOUCAULT, 1991, p. 174, grifos nossos).

¹⁰ Para analisar o inteiro teor do Regulamento previsto no Decreto n. 896, de 29 de junho de 1892, vide Anexo A.

Essa consciência científica alia-se à visão social, política e econômica expressa pela sociedade e pelos governantes e ambas contribuem para a construção do texto normativo. Assim, a norma resulta tanto da consciência prática como da consciência científica existente sobre o louco e a loucura (FOUCAULT, 1991).

Prática, normativa ou social (MUCHAIL, 1980, p. 131), é a consciência da loucura que nasce das e nas relações sociais. Baseada na diferença, esta consciência estabelece normas para a loucura, fundadas nos valores de um dado grupo social, acerca da (a)normalidade.

Esses valores da sociedade, das autoridades e dos médicos brasileiros do final do século XIX encontram-se espelhados nesse texto legal - o decreto n. 896/1892.

2.4.1.1 A assistência aos alienados

A assistência médico-legal dos alienados assim como sua finalidade estão disciplinada no capítulo I e seu artigo 1º.

O art. 1º do Regulamento versa sobre a assistência aos alienados, oferecida por meio de duas modalidades de serviços: o Hospício Nacional e as colônias São Bento e Conde de Mesquita. Pessoas de ambos os sexos e de qualquer nacionalidade podem ser atendidas nesses serviços, gratuitamente - se forem necessitadas - ou mediante pagamento - se dispuserem de situação econômica que o possibilite.

Há uma ampliação nas modalidades de serviços terapêuticos oferecidos, que passam a ser de três ordens distintas: internação em hospício, em colônias ou em asilos.

Isaias Pessotti (1996, p. 151-2) denomina “asilos” as instituições que se restringe a abrigar ou a recolher o doente mental, ressalvando, entretanto, que o termo é amplamente utilizado, “[...] na literatura psicopatológica [européia] do século XIX [...]” como sinônimo de todo e qualquer estabelecimento que tenha o louco como clientela.

O hospício, nomeado manicômio por Pessotti (1996, p. 152), caracteriza-se, no século XIX, pela oferta de “[...] tratamento médico sistemático e especializado [...]” voltado unicamente para o doente mental.

As colônias são locais onde os pacientes psiquiátricos desenvolvem atividades laborais, preponderante, mas não exclusivamente de caráter agrícola. O trabalho desenvolvido pelos pacientes tem duplo caráter: terapêutico, na medida em que contribui para a melhoria do seu quadro clínico e financeiro, pois minimiza os custos com o seu tratamento - porque são, na sua totalidade, indigentes (art. 64) - e dos demais internos.

O surgimento, no século XIX, dos diferentes serviços terapêuticos em Minas Gerais e São Paulo pode ser identificado na tabela 1, onde se apresenta a relação dos estabelecimentos, conforme vão sendo criados.

Tabela 1- Estabelecimentos de assistência a alienados em Minas Geraes e São Paulo no Século XIX

Sede		Nome do Estabelecimento	Administração Pública de que depende o Estabelecimento, Instituição que o mantém, ou Firma Social a que Pertence	Data da Fundação	Data de Instalação
Estados	Cidades e Villas				
Minas Geraes	Pará	Enfermaria de Alienados da Casa de Caridade	Irmandade da Casa de Caridade	1885	1885
	São João D'el Rey	Hospício de Alienados	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	1830	1830
São Paulo	Juquery	Colonias de Alienados	Governo Estadual	1895	Maior de 1896
		Hospício de Alienados	Governo Estadual	05 de maio de 1852	1852
	Piracicaba	Hospício Barão da Serra Negra	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia	01 de janeiro de 1898	Janeiro de 1898

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil 1908-1912. Rio de Janeiro: Directoria Geral de Estatística, v. 1-3, 1916-1927. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em: 17 dez. 2005.

Nota: Tabela adaptada pela autora

No Distrito Federal, a assistência aos alienados, que abarca a internação no Hospício Nacional ou asilos é dirigida por Teixeira Brandão, enquanto a colônia é gerida por Domingos Lopes da Silva Araújo.

A prestação da assistência médica voltava-se, consoante já exposto, tanto para doentes mentais do sexo masculino, como do sexo feminino, de qualquer nacionalidade o que denotava uma igualdade formal¹¹ de gênero e entre nacionais e estrangeiros. A igualdade de acesso ao tratamento psiquiátrico está, então, em conformidade com o disposto no art. 72, § 2º, da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 1891.

O tratamento isonômico formal aos pacientes psiquiátricos de ambos os sexos que é assegurado juridicamente no Regulamento do Decreto n. 896/1892 não se repete na esfera da psiquiatria. A diversidade entre os sexos apontada pela ciência da época - homem = razão, cultura; mulher = emoção, natureza - encontra reflexos na diferenciação acerca da natureza da loucura masculina e feminina e no entendimento científico de que a primeira seria mais propensa à doença mental do que o segundo, reforçando a discriminação há muito sofrida pela mulher.

[...] enquanto as situações que conduzem a mulher a ser diagnosticada como doente mental concentram-se na esfera da sua natureza e, sobretudo, da sua sexualidade, o doente mental do sexo masculino é visto, essencialmente, como portador de desvios relativos aos papéis sociais atribuídos ao homem - tais como o de trabalhador, o de provedor, etc. (ENGEL, 2004, p. 333).

Da natureza feminina extrai-se as causas da sua doença mental: a anatomia e a fisiologia da mulher - menstruação, gestação, parto - são aspectos relevantes a serem considerados em um diagnóstico de uma paciente portadora de transtorno mental. A correlação entre o corpo feminino, suas funções específicas e a loucura chegam a tal ponto que se criou uma categoria nosológica denominada *loucura menstrual* (ENGEL, 2004, p. 335).

Acerca dessa correlação entre a natureza feminina e a loucura, que não é recente, Erasmo de Rotterdam, em seu *Elogio à loucura* (1997), utilizando-se da concepção estoíca de mundo, diz que **a sabedoria consiste em orientar-se pela razão** – conforme a natureza masculina - **e a loucura em guiar-se pelas paixões** -

¹¹ A igualdade formal ou perante a lei traduz-se na exigência imposta pelo Estado, através de normas, em especial normas constitucionais, de o aplicador da norma conferir o mesmo tratamento a pessoas físicas ou jurídicas ou entes despersonalizados que se encontram em situações jurídicas idênticas ou semelhantes.

consoante o universo feminino. Contudo, ressalta Erasmo, para que os homens pudessem ser felizes, Júpiter destinou à razão uma pequena porção do corpo humano, um compartimento da cabeça, e à paixão, todo o corpo humano.

XVII – O homem, porém, tendo nascido para governar as coisas, deveria ter recebido mais do que uma pequena onça de razão. Júpiter consultou-me [à loucura] sobre este ponto, como aliás, sobre o resto, e lhe dei um conselho digno de mim: o de juntar a mulher ao homem. Seria, realmente, dizia eu, um animal delicioso, louco e insensato, mas ao mesmo tempo divertido, que, na vida doméstica, mesclaria sua loucura à seriedade de seu parceiro, atenuando-lhe os inconvenientes. Claro, quando Platão parece hesitar em classificar a mulher entre os seres dotados de razão, nada mais quer indicar do que a insigne loucura desse sexo. Se uma mulher, por ventura, tiver vontade de passar por sábia, só fará redobrar sua loucura. Vá-se ungir um boi para a palestra, e Minerva lá o permitiria? Não ajamos contra a natureza; agrava-se o vício ao recobri-lo com virtude e ao forçar-se seu talento. “O macaco é sempre macaco, diz o ditado grego, mesmo vestido de púrpura.” Da mesma forma, em vão a mulher veste a máscara, continua sempre mulher, ou seja, louca. (ROTTERDAM, 1997, p. 19).

2.4.1.2 A administração da assistência aos alienados

Os recursos humanos envolvidos na atenção aos alienados encontram-se previstos no segundo capítulos, arts. 2º ao 13.

O artigo 2º do regulamento reserva ao médico psiquiatra a direção geral do Hospício Nacional, consolidando a hegemonia do seu poder-saber científico, ao mesmo tempo em que corrobora o poder político, pois é um cargo cuja nomeação é prerrogativa do Poder Executivo e que, em nome desse Poder também efetua nomeações e exonerações (art. 3º, *caput* e §§ 1º, 2º e 3º).

O Hospício Nacional é o anteriormente denominado Hospício D. Pedro II. Essa alteração, ocorrida em 1890, não tem caráter apenas nominal. Ela indica a transformação no perfil institucional, que passa de instituição de caridade de cunho pedagógico a uma instituição cuja prática é pautada pela ciência (CUNHA, 1990, p. 35).

Essa mudança no *modus operandi* do atendimento oferecido pelo agora denominado Hospício Nacional e que está consubstanciada no texto legal ora analisado deve-se, sobretudo, à luta de Teixeira Brandão, que repudia a administração religiosa efetuada pelas freiras e dirige a instituição nesse período.

Teixeira Brandão (1956) exige uma posição de mais poder, mais autoridade para o médico, que deveria ser colocado na posição central em relação a tudo que se referisse à vida do louco, para transformar o hospício em verdadeira instituição hospitalar. (PORTOCARRERO, 2002, p. 95-6).

A transmissão do poder administrativo, no âmbito do Hospício Nacional, reflete a consolidação do “[...] processo de *medicalização da loucura*, transformando-a em *doença mental*, em objeto exclusivo de um saber e de uma prática especializados, monopolizados pelo alienista.” (ENGEL, 2004, p. 323, grifos da autora).

Essa medicalização da loucura traz uma implicação muito importante. Além de reconhecer o louco como um doente e o hospício como um local de tratamento da loucura, implica o estabelecimento de um novo estatuto jurídico, social e civil do doente mental: **menoridade social**. A autoridade competente para conferir-lhe tal estatuto passa a ser o médico, que deve estar presente na família, na administração pública e na Justiça, consoante Teixeira Brandão. A presença do médico nas instâncias sociais anteriormente mencionadas denota a já referida medicalização da sociedade como um todo e não apenas dos loucos (PORTOCARRERO, 2002, p. 96).

A análise realizada por Foucault (1991) sobre a loucura e o tratamento jurídico e científico que lhe foi dado, na França do século XIX, pode ser transposta para o contexto pátrio e, mais especificamente, para o campo da reforma da assistência aos alienados, exposta no Decreto n. 896/1892.

De acordo com Foucault (1991), na Idade Clássica existe um hiato entre a concepção jurídica e a prática social acerca da loucura. Essa disparidade deve-se ao fato de a primeira ter-se constituído há mais tempo, na Idade Média, por intermédio da influência do Direito Romano e do Direito Canônico.

A **consciência jurídica** está relacionada à vivência do indivíduo como sujeito de direito e, enquanto tal, possuidor de direitos e obrigações, obrigações essas que podem ser revistas, em função da loucura e da irresponsabilidade jurídica que ela pode gerar. A **consciência social**, por seu turno, decorre do pertencimento ao coletivo e por isso faz com que a loucura seja vinculada ao moralmente indesejável pelo grupo e, por conseguinte, gera a sua exclusão e a possibilidade de se determinar a culpabilidade do indivíduo.

Em função do anteriormente exposto, Foucault (1991, p. 130) assevera que o direito contribui, através da sua experiência jurídica da loucura, para a edificação, a partir do século XVII, de uma ciência das doenças mentais - a psiquiatria -, que parece estruturar-se em dois níveis: um havido em função da consciência jurídica, que aponta para a **liberdade civil** e outro da prática do internamento, o qual remete à **liberdade social**.

Para Foucault (1991, p. 131): “Um dos constantes esforços do século XVIII consistiu em ajustar a velha noção jurídica de ‘sujeito de direito’ com a experiência contemporânea do homem social.” E mais adiante complementa:

[...] Ela [a medicina positivista do século XIX] admitirá como algo já estabelecido e provado o fato de que a alienação do sujeito de direito pode e deve coincidir com a loucura do homem social, na unidade de uma realidade patológica que é ao mesmo tempo analisável em termos de direito e perceptível às formas mais imediatas da sensibilidade social. (FOUCAULT, 1991, p. 131).

Essa unidade - sujeito de direito alienado e homem social louco - objeto em construção da medicina, é consagrada através do Código Civil Francês (de Napoleão) que dispõe ser a interdição pré-requisito do internamento. Ao mesmo tempo, Pinel¹² e seus seguidores formulam uma psiquiatria humanista, restabelecendo a unidade da consciência médica havida no século XVIII.

[...]. O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela **primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco**; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita – porém sem obliterá-la – sua existência jurídica. Com isso, **os dois usos da medicina são reconciliados – o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento**. (FOUCAULT, 1991, p. 132, grifos nossos).

Tem-se, assim, duas concepções diversas de loucura, que remetem à noção do outro: primeiramente, **a loucura como limitação da subjetividade** – seja por intermédio da própria loucura, seja por instrumento jurídico, a interdição – que coloca o indivíduo sob a responsabilidade do **outro: o curador** (determinismo da doença).

¹² As idéias de Pinel foram expostas na sua obra *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, publicado em 1801 e reeditado em 1809. Essa obra é considerada um marco, na medida em que inauguraria o nascimento da Psiquiatria enquanto especialidade médica. Consoante Pessotti (1994, p. 165), Pinel conceberia a natureza da loucura como uma “[...] lesão das funções mentais, principalmente intelectuais; as causas podem ser orgânicas ou ‘morais’ e nesse termo se incluem paixões, conflitos, frustrações, hábitos, gostos, vícios: a repressão do desejo pode induzir à alienação, mas não como causa determinante e sim como predisposição para hábitos e inquietações que podem, essas sim, conduzir à mania ou à melancolia”. Pinel propõe uma terapêutica moral, logo, repressiva, para os loucos, buscando fazer com que eles sejam reeducados para se comportar de acordo com os padrões éticos da época.

A percepção do louco como estrangeiro dentro do seu próprio grupo social reflete a segunda idéia de loucura. Aqui o louco é moralmente responsável. Se é de outro lugar, está fora, ou seja, **o louco é o outro** (condenação ética).

Esse percurso realizado pela psiquiatria francesa é feito, guardadas as devidas proporções, pela psiquiatria brasileira, com o auxílio do universo jurídico.

2.4.1.3 O Hospício Nacional

O terceiro capítulo, por sua vez, versa sobre o funcionamento do Hospício Nacional e está dividido em V (cinco) seções. Na primeira seção encontra-se previsto o serviço sanitário (arts. 14 ao 25). A admissão e saída de pacientes, suas categorias e classes, foram objeto da segunda seção (arts. 26 ao 43). A terceira seção foi reservada ao regime higiênico e disciplinar dos pacientes internados. As oficinas de trabalhos dos pacientes estão previstas na quarta seção (arts. 54 a 59). O serviço econômico interno está disciplinado na quinta e última seção (arts. 60 a 63).

2.4.1.3.1 Serviços Sanitários e Administrativos do Hospício Nacional

A prestação dos serviços sanitários aos pacientes do então Hospício Nacional fazia-se por intermédio de uma equipe composta por 03 (três) médicos, 01 (um) diretor do museu anatomo-patológico, 01 (um) chefe do gabinete eletro-terápico, 04 (quatro) internos (é o aluno que está cursando os últimos anos da faculdade de medicina), 01 (um) farmacêutico, 01 (um) ajudante, 01 (um) primeiro enfermeiro, segundos enfermeiros, enfermeiras e inspetoras, bem como outras modalidades de trabalhadores, que se fizessem necessárias ao serviço (art. 14 do Regulamento do Decreto n. 896/1892).

O provimento do cargo de médico assistente, previsto no art. 16 do Decreto n. 896/1892 é alterado pelo Decreto n. 1252,¹³ de 31 de janeiro de 1893. A avaliação do concorrente ao cargo de médico assistente passa a ser realizada mediante “[...] provas escripta, oral e pratica sobre as matérias da cadeira de clinica psychiatrica e moléstias nervosas das Faculdades de Medicina da Republica, [...].”

Aqui evidenciam-se as transformações promovidas pela reforma do ensino médico e já se verifica a existência de uma formação acadêmica de profissionais médicos voltados para a atuação em saúde mental.

O concurso mencionado no Decreto n. 1252 é vencido por Teixeira Brandão e constitui-se na porta de entrada de muitas das modificações por ele inseridas tanto no ensino da psiquiatria como na prática em saúde mental.

A primeira delas consiste nas colônias de tratamento pensadas por Teixeira Brandão (*apud* BRASIL, 2003, p. 22), durante o seu mandato de Diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, como uma alternativa ao modelo terapêutico vigente até então.

Outra importante contribuição de Teixeira Brandão é a construção do Pavilhão de Observações, que complementam as atividades acadêmicas da “Clínica Psiquiátrica” e da disciplina de “Moléstias Nervosas e Mentais” da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Esse pavilhão é uma modalidade de atendimento onde se promove a triagem dos doentes que são encaminhados para a assistência aos alienados. O diagnóstico, resultado dessas observações, é registrado, desde 1896, em um livro próprio. Como os pacientes podem ali permanecer por até 15 dias, até chegar-se a um diagnóstico ou definir-se o encaminhamento do caso, o professor da disciplina, que é remunerado pela Assistência aos alienados, deve residir próximo ao Hospício, a fim de atender aos chamados, sempre que solicitado (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 16; VENÂNCIO, 2003, p. 888).

¹³ Vide Anexo B.

2.4.1.3.2 Admissão e alta de pacientes no Hospício Nacional

Na segunda seção do capítulo dois, o art. 26 do Regulamento do Decreto n. 896/1892 expõe que o Hospício Nacional é o único habilitado para o recebimento de pensionistas, ou seja, pacientes que pagam pela sua internação e tratamento. Esses pacientes devem ser matriculados pelo Diretor Geral, 15 dias depois do seu ingresso, se forem brasileiros ou repatriados para os seus países, se forem estrangeiros, caso haja acordo firmado entre os governos dos dois países (art. 27).

As internações, tanto dos pagantes como dos isentos, devem ser realizadas mediante requerimento de ascendente, descendente, cônjuge, tutor, curador ou chefe de corporação religiosa ou de beneficência (art. 30).

As requisições devem ser documentadas com laudo atestando o tipo de transtorno mental, pareceres de dois médicos, emitidos há, no máximo, quinze dias da internação ou certidões de exame de sanidade, bem como de documentos identificadores do futuro interno (nome, idade, naturalidade estado, filiação, endereço) (arts. 28 e 31).

O art. 32 menciona uma espécie de repartição de competências, no tocante ao controle estatal das internações, quando dispõe, *in verbis*, que: “Art. 32. O director geral remetterá, trimensalmente, aos pretores desta Capital uma relação dos enfermos que pertencerem á respectiva circumscripção e houverem sido enviados nessa época.”

A alta médica ou a desinternação restou estabelecida no art. 33 do já mencionado Regulamento. Os portadores de transtornos mentais indigentes só podem sair após o seu restabelecimento ou, excepcionalmente, com autorização concedida pelo Diretor Geral do estabelecimento. Já os pensionistas, podem a qualquer tempo, ser desinternados pelas pessoas que tivessem requerido a sua admissão ou, na falta delas, pelos parentes ou curadores (art. 33).

A desinstitucionalização do “louco furioso” ou que oferecesse, de alguma forma, perigo para si ou para outrem deve ser requerida e dada pelo Ministro do Interior, ouvido o chefe de polícia (Delegado de Polícia) (art. 33).

A alta de qualquer paciente deve ser informada à autoridade competente ou aos seus responsáveis legais (art. 34).

De acordo com a sua capacidade contributiva, os internos pensionistas dividiam-se em quatro classes.

Os “enfermos de primeira classe” pagam diárias de 10\$ e têm “[...] direito a um quarto mobiliado com o possível conforto e a um criado exclusivamente empregado no seu serviço” (art. 38). Caso o paciente deseje ser servido por seu próprio empregado, deve pagar-lhe a diária correspondente ao internamento na quarta classe (art. 42). Dentre esses pacientes encontram-se as pessoas brancas, que residem na corte, cidadãos,¹⁴ fazendeiros ou funcionários públicos. O percentual de pacientes desta classe é muito baixo em relação às demais (OLIVEIRA, 2003, p. 24).

Os enfermos de segunda classe têm acesso a um quarto mobiliado com um único leito. “Na segunda classe, encontramos lavradores e pessoas que têm o ofício de prendas domésticas, ainda brancas e livres.” (OLIVEIRA, 2003, p. 24).

O alojamento dos pacientes de terceira classe são quartos para duas pessoas. Destinam-se aos escravos, negros, de propriedade de algum senhor importante. A identificação dessas pessoas é feita pelo primeiro nome, seguido da identificação do seu senhor e da nação africana de origem do doente (OLIVEIRA, 2003, p. 24).

Aos pacientes de quarta classe são destinados alojamentos de 08 a 16 leitos (art. 38). O perfil dos doentes é, preponderantemente, de negros e pardos libertos, que trabalham como funileiros, carvoeiros, quitandeiros, cozinheiros ou ainda não possuem profissão e que são identificados, na sua grande maioria, apenas pelo primeiro nome (OLIVEIRA, 2003, p. 24). Também integram essa classe os enviados pelos estados e os membros inferiores e praças das Forças Armadas e das corporações militares (art. 39).

¹⁴ Art. 6º da Constituição de 1824 - Dos cidadãos brasileiros:

1o.) Os que no Brasil tiverem nascido, quer sejam ingênuos ou libertos, ainda que o pai seja estrangeiro, uma vez que este não resida por serviço da sua nação.

2o.) Os filhos de pai brasileiro, e os ilegítimos de mãe brasileira, nascidos em país estrangeiro, que vieram estabelecer domicílio no Império.

3o.) Os filhos de pai brasileiro, que tivesse em país estrangeiro, em serviço do Império, embora eles não venham estabelecer domicílio no Brasil.

4o.) Todos os nascidos em Portugal e suas possessões, que, sendo já residentes no Brasil na época em que se proclamou a independência nas Províncias, onde habitavam, aderiram a esta, expressa ou tacitamente, pela continuação da sua residência.

5o.) Os estrangeiros naturalizados, qualquer que seja a sua religião.

Dependendo da contribuição que destinam ao Hospício, os oficiais das Forças Armadas e os Policiais Militares, incluindo os pertencentes ao Corpo de Bombeiros, ocupam dormitórios de primeira, segunda, terceira ou quarta classe.

Os indigentes e demais doentes mentais que por qualquer razão não tinham condições de contribuir com valores correspondentes às diárias da quarta classe receberiam atendimento gratuito.

2.4.1.3.3 O regime higiênico e disciplinar no Hospício Nacional

O regime higiênico e disciplinar está contemplado na terceira seção do capítulo dois do Regimento do Decreto n. 896/1892.

Os pacientes são classificados por sexo, classe social/capacidade contributiva e tipo de transtorno mental (art. 44), em conformidade com os referenciais de tratamento da época.

Os pacientes têm acesso a banhos diários e tratamento por meio de sessões de hidroterapia¹⁵ (art. 46). Ao lado da hidroterapia, as oficinas são uma das modalidades terapêuticas adotadas nessa época (art. 54). Os trabalhos ali confeccionados, se não são vendidos ou utilizados por quem os produziu, ficam expostos à visitação (art. 55). Caso sejam vendidos, reverte-se 10% (dez por cento) do valor obtido para os enfermos que mais se destaquem na confecção dos produtos ou que, já recuperados, não tenham condições econômicas de arcarem com as despesas geradas pelo seu retorno para casa.

O lazer é assegurado através de banhos de mar (art. 47), exercícios físicos, leituras, jogos e música. O Hospício dispõe de locais apropriados para o desenvolvimento das referidas atividades lúdicas, tais como salas de reuniões e de recreio (art. 45) e biblioteca, bem como dos instrumentos adequados para a prática de cada uma das recreações anteriormente mencionadas: aparelhos de ginástica, livros, jogos e instrumentos musicais (art. 49). Contudo o acesso a essas atividades é restrito aos pacientes de primeira e segunda classe, conforme exposto por Edmar de Oliveira (2003, p. 24).

¹⁵ Essa modalidade de tratamento é fundada na mentalidade médica vigente à época, que credita à água poderes terapêuticos, possibilitando a cura através da purificação do doente.

Os internos desempenham atividades laborativas, de acordo com as suas aptidões e conforme indicação do Diretor Geral (art. 48).

Os de terceira e muito provavelmente, os pobres e indigentes trabalhavam na manutenção, na jardinagem, na limpeza e na cozinha. Paradoxalmente, se recuperavam em maior número que os primeiros [de primeira e segunda classe] que, paralisados pelo ócio, perpetuavam-se na internação. (OLIVEIRA, 2003, p. 24-5).

As refeições diárias são servidas três vezes em conformidade quer com as diárias pagas pelos pensionistas, quer com o regime alimentar a que cada paciente está submetido em virtude de eventual moléstia física (art. 50).

A ordem no interior da instituição, assim como a disciplina dos pacientes é mantida por intermédio da fiscalização promovida pela rede de “olhares” profissionais que ali trabalham e exercem o poder disciplinar,¹⁶ assim denominado por Michel Foucault (1984, p. 189), através da vigilância e submissão dos corpos ou através de sanções, tais como: proibição de recebimento de visitas, proibição de passeios ou qualquer outra forma de recreação, pela reclusão à solitária ou através da utilização de camisa de força ou da célula (cubículo) (art. 51).

A amplidão dos espaços, a disciplina, o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classes sociais, os diagnósticos e a constante vigilância dos enfermos, materializada arquitetonicamente como um panóptico,¹⁷ representam o nascedouro da psiquiatria no Brasil. (ALENCAR, 2003, p. 20).

As correspondências recebidas pelos pacientes ou enviadas por eles são sujeitas ao controle institucional (art. 52), ferindo um direito que já se encontra consagrado desde a Constituição Imperial de 1824 (art. 179, 27) e que se mantém na Constituição de 1891 (art. 72, § 18): o sigilo de correspondência. Esse direito

¹⁶ “As disciplinas veicularão um discurso que será o da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra ‘natural’, quer dizer, da norma; definirão um código que não será o da lei mas o da normalização; referir-se-ão a um horizonte teórico que não pode ser de maneira alguma o edifício do direito mas o domínio das ciências humanas, a sua jurisprudência será a de um saber clínico.” (FOUCAULT, 1984, p. 187).

¹⁷ O termo panóptico é utilizado primeiramente pelo filósofo utilitarista Jeremy Bentham para se referir ao modelo prisional que idealizou. Outro filósofo, Michel Foucault, amplia essa concepção, apresentando o panóptico não apenas como “[...] imagem de um novo sistema prisional, mas como o esquema geral de funcionamento do poder no mundo moderno. No projecto arquitectónico de Bentham são identificados os elementos constituintes fundamentais do poder moderno: a centralização, a moralização (no lugar antes se encontrava a violência física) a eficácia e, de todos o mais determinantes, a individualização. Na situação em que um único observador, posicionado numa torre central, vigia a totalidade dos indivíduos (entre si isolados e separados), estes, porque não têm acesso ao acto de vigilância a que estão sujeitos, interiorizam o sentimento de permanente observação e são levados a transformar-se nos agentes mais zelosos da sua própria vigilância. O mero dispositivo geométrico e arquitectónico internaliza em cada indivíduo os constrangimentos que lhe chegam do exterior, sob a forma de um controlo meticuloso tanto do seu corpo como da sua mente.” (ESTEVES, 1993, p. 153).

também é garantido no Código Penal de 1890 que pune a violação de segredo (art. 189).

Cabe destacar que o Regulamento do Decreto 896/1892 prevê, também, nas suas disposições gerais, o asseguramento da liberdade religiosa dos enfermos, tanto os que se encontram internados no Hospício Nacional como nas colônias, através do disposto no art. 85, *in verbis*:

Art. 85. As famílias dos enfermos recolhidos a qualquer dos estabelecimentos poderão enviar-lhes, quer para acompanhá-los nos últimos momentos, quer para a celebração de actos religiosos, os sacerdotes e pastores da religião a que pertencerem.

Esse direito encontra-se previsto no art. 72, § 3º, da Constituição de 1891.

Outro direito garantido aos pacientes é o de visita. Os horários, dias e condições para o recebimento de visitas são previstos no art. 53. Os indigentes têm direito de receber visitas apenas no primeiro domingo de cada mês, a não ser que o médico responsável pelo seu setor conceda uma autorização em caráter excepcional. Os pensionistas, por sua vez, podem receber seus parentes ou responsáveis legais às segundas e sextas-feiras, por duas horas (9h às 11h), salvo quando houver restrição médica.

Ao administrador do Hospício Nacional incumbe, dentre outras atribuições, a realização dos funerais dos pacientes, em conformidade com a vontade do morto, de seus familiares ou de seus responsáveis (art. 60, § 6º). Compete-lhe, ainda, informar os familiares dos pensionistas, de acordo com as orientações médicas, as ocorrências mais importantes relativas à sua saúde (art. 60, § 10).

2.4.1.3.4 A Assistência nas Colônias de Alienados

O capítulo quatro do decreto n. 896/1892 versa sobre as colônias de São Bento e Conde de Mesquita, que recebem apenas “alienados indigentes”, egressos do Hospital Nacional e que tenham capacidade laborativa (art. 64).

A equipe médica e administrativa dessas colônias é composta de 01 (um) diretor, 01(um) médico, 01 (um) almoxarife, 01 (um) escriturário e 02 (dois) internos, 02 (dois) primeiros enfermeiros, 02 (dois) despenseiros, 01 (um) maquinista, 01 (um) carpinteiro, 01 (um) barbeiro, 01 (um) oficial de farmácia, os segundos enfermeiros,

guardas, mestres de oficinas, cozinheiros, copeiros, lavradores, padeiros, remadores, campeiros e serventes indispensáveis e o pessoal da lancha. O atendimento odontológico (art. 82), tanto do Hospício Nacional como nas colônias, dá-se três vezes por semana, no primeiro e sempre que necessário nas segundas.

A criação das Colônias de Alienados representava, por si só, um importante avanço no modelo assistencial, pois o exemplo de colônias era a última palavra em termos de modernização institucional, na medida em que seriam extremamente adequadas ao pleno exercício do tratamento moral proposto por Pinel, do qual o trabalho terapêutico e particularmente o trabalho agrícola, como lá se tinha, era um dos seus pilares. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004, p. 16).

A implantação das colônias como modalidade de serviço em saúde mental apresenta-se, conforme já dito, como resultado do trabalho desenvolvido por Teixeira Brandão. De acordo com Vera Portocarrero (2002, p. 96-7), os esforços empreendidos por Teixeira Brandão ao longo de vários anos no sentido de conferir ao hospício o caráter de “instituição fundamental” para a psiquiatria e de delegar maiores poderes aos médicos, em razão do já referido processo de medicalização da loucura, levam-no a defender a elaboração de uma lei que discipline o processo de internação do doente mental.

Referida lei deve estabelecer o monopólio da psiquiatria para a realização de seqüestros de loucos. Considerar-se-ia abusiva toda internação de doentes mentais não sancionada por um médico. Dessa forma, defende Teixeira Brandão, solucionar-se-ia um paradoxo vivenciado pelas autoridades da época: o seqüestro não determinado pela autoridade médica promove, de um lado a defesa da coletividade, mas por outro, atenta contra a liberdade individual do doente mental.

O psiquiatra oferecerá uma resposta a essa contradição ao se transformar em instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz, como sujeito a ser tratado e protegido por uma lei medicalizada, ou seja, uma lei elaborada a partir do saber da medicina mental.

Daí a exigência de que a incapacidade do louco seja cuidadosamente regulada pela psiquiatria, que dará ao alienado não somente o estatuto de doente mas também de menor, ao estabelecer que ele deve delegar sua vida a um elemento idôneo. Essa regulamentação deverá se apoiar numa lei nacional, evidentemente medicalizada. (PORTOCARRERO, 2002, p. 97).

Essa intensa militância profissional de Teixeira Brandão em prol da melhoria dos serviços prestados em saúde mental levam-no a enveredar pela seara política, tornando-se deputado federal em 1902. No ano seguinte integra a Comissão de Saúde Pública da Câmara, sendo nomeado relator da que se tornaria, conforme

reivindica, a **primeira norma de âmbito federal**, do período republicano, que tem por **finalidade reorganizar a assistência aos doentes mentais**. Trata-se do Decreto n. 1132, de 22 de dezembro de 1903.¹⁸ Essa lei é inspirada na legislação francesa de mesma natureza e tem como paradigma teórico-científico as idéias de Esquirol, cujo pensamento é seguido por Teixeira Brandão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 22-3, grifos nossos; RIBEIRO, 1999, p. 23-4).

Pode-se asseverar que essa norma apresenta a **primeira reforma psiquiátrica brasileira**, razão pela qual será objeto da próxima análise.

2.5 O Decreto n. 1.132/1903 e a primeira reforma da política de medicalização

A ementa do Decreto n. 1.132/1903 não deixa dúvidas quanto à finalidade da sua edição: reorganizar o atendimento psiquiátrico, oferecido aos doentes mentais. É por este e outros indícios que entendemos que essa legislação representa a primeira reforma psiquiátrica brasileira, tanto no campo jurídico-legislativo, posto tratar-se de uma reformulação da legislação vigente até então, como por trazer no seu texto, no campo material, transformações propostas na esfera médico-científica.

É o que se depreende do exposto por Vera Portocarrero (2002, p. 124), quando assevera:

A reforma do Hospício de Pedro II, em 1903, baseia-se nos novos princípios da psiquiatria do século XX quando a terapia não está mais relacionada ao “princípio do isolamento” [de Esquirol], mas ao *open-door*, ao princípio da máxima liberdade possível, cujo principal objetivo é proporcionar ao doente uma “ilusão de liberdade” que o tranquilize, deixando-o mais calmo, menos rebelde e, conseqüentemente, mais receptivo ao tratamento. [...]. Para atingir essa meta, as principais providências tomadas foram as **retiradas das grades, a negação das camisas-de-força e o fim das células de isolamento**. (grifos nossos).

Entretanto, essas medidas não implicam a diminuição da repressão ao doente mental, mas sim a sua “cientificização”.

A edição desta norma constitui-se numa transferência de responsabilidade pelo louco, da esfera privada - Santa Casa - para o âmbito público - Estado -, que seria o único a ter legitimidade para, respaldado pelo saber médico, efetuar o seqüestro dos doentes mentais (PORTOCARRERO, 2002, p. 97).

¹⁸ Para analisar o inteiro teor do Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, vide Anexo C.

Apesar de não utilizar a expressão “assistência médico-legal aos alienados” ao longo dos seus 23 artigos e ser uma reação ao tratamento “desumano”, até então dispensado aos “alienados”, os dispositivos legais havidos no decreto n. 1132/1903 têm uma carga jurídico-prescritiva explícita, quando não policial, muito maior do que o Decreto n. 896/1892.

O art. 1º prevê o recolhimento, aos “estabelecimentos de alienados”, dos “doentes mentais” que ofereçam perigo à ordem pública e aos demais indivíduos, mediante a comprovação do seu transtorno mental (art. 1º, § 1º).

Essa concepção do doente mental como perigoso instaura-se nos primórdios da República, como já asseverado, e é legitimada nessa nova norma que é relatada por Teixeira Brandão com o auxílio de Juliano Moreira, dois grandes psiquiatras e defensores dos doentes mentais naquela época. Juliano Moreira foi nomeado diretor do Hospício Nacional dos Alienados, em 1903, e para a direção geral da Assistência a Psicopatas, cargo que ocupou por 23 anos.

Trata-se de uma norma elaborada por legisladores especialistas - psiquiatras - tendo como ponto de partida o seu saber científico, a psiquiatria.

As orientações teórico-científicas desses dois psiquiatras e políticos coexistem no texto legal. Teixeira Brandão é seguidor da psiquiatria francesa, em especial da desenvolvida por Esquirol. Esse referencial francês enfatiza o modelo assistencial público, que se apresenta incapaz de promover a cura dos pacientes. Juliano Moreira, por sua vez, filia-se ao pensamento científico alemão, sobretudo à teoria krepeliniana. Esse modelo alemão é pautado na visão de ciência vigente. Concebe a loucura como um fenômeno cuja natureza era física, biológica. Pretende aliar tratamento científico e política assistencial.

O Regulamento do Decreto n. 896/1892, por sua vez, prevê apenas a internação para fins de tratamento, sem especificar se o futuro interno oferece ou não perigo para a ordem social e para os demais membros da sociedade.

Uma vez comprovada a alienação, o doente mental deve ser recolhido a um estabelecimento psiquiátrico, quer público, quer particular. Em Minas e São Paulo, no início do século XX, são criados os estabelecimentos informados na tabela 2.

Tabela 2- Estabelecimentos de assistência a alienados em Minas Geraes e São Paulo na primeira década do Século XX

Sede		Nome do Estabelecimento	Administração Pública de que depende o Estabelecimento, Instituição que o mantém, ou Firma Social a que Pertence	Data da Fundação	Data de Instalação
Estados	Cidades e Villas				
Minas Geraes	Barbacena	Asylo Central de Assistência a Alienados	Governo Estadual	16 de agosto de 1900	12 de outubro de 1903
		Colônia Mineira de Alienados	Governo Estadual	27 de setembro de 1910	1911
São Paulo	Juquery	Colônia Assistência Familiar	Governo Estadual	1907	14 de abril de 1908
	São Paulo	Casa de Saude Dr. Homem de Mello	Dr. Homem de Mello e Cia.	1907	08 de outubro de 1907
		Instituto Paulista	Sociedade Anonyma Instituto Paulista	Agosto de 1910	10 de outubro de 1910

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil 1908-1912. Rio de Janeiro: Directoria Geral de Estatística, v. 1-3, 1916-1927. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em: 17 dez. 2005.

Nota: Tabela adaptada pela autora

De acordo com a atual norma (Decreto n. 1.132/1903), ocorrendo a internação do doente mental, por causa da manutenção da ordem pública, compete ao Diretor do estabelecimento informá-la à autoridade judiciária competente, em 24 horas, por intermédio de um relatório instruído com as impressões médicas do profissional que tiver atendido o caso (art. 1º, § 2º).

Transparece aqui o monopólio estatal na manutenção da ordem pública e, por conseguinte, na exclusão do louco, por intermédio da sua internação num espaço que também é de domínio estatal, o hospício. É o que Portocarrero denomina de processo de “psiquiatrização do louco”.

O processo de “psiquiatrização” do alienado corresponde ao objetivo da normalização do louco por meio de uma política de saúde mental. Sem dúvida, tal política articula um código teórico (as nosografias), uma tecnologia de intervenção (terapia), um dispositivo institucional (o asilo), um corpo de profissionais (médicos) e um estatuto do usuário (menoridade do alienado), além dos pagantes, promotores, pedintes. (PORTOCARRERO, 2002, p. 98).

A solicitação de internação de um doente mental em um hospício passa a ser condicionada ao cumprimento de alguns requisitos, que diferem de acordo com o solicitante (art. 2º, *caput*). Se a requisição é efetuada por uma autoridade, a ela devem ser juntadas, conforme disposto no art. 2º, § 1º, *in verbis*:

[...]

- a) uma guia contendo o nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, côr, profissão, domicílio, signaes physicos e physionomicos do indivíduo suspeito da alienação, ou a sua photographia, bem como outros esclarecimentos, quantos possa coligir e façam certa a identidade do enfermo;
- b) uma exposição dos factos que comprovem a alienação, e dos motivos que determinaram a detenção do enfermo, caso tenha sido feita, acompanhada, sempre que possível, de attestados medicos affirmativos da molestia mental;
- c) o laudo do exame medico-legal, feito pelos peritos da Polícia quando seja esta a requisitante.

Em sendo o pedido de admissão exarado por um particular, deve-se juntar ao requerimento os seguintes documentos, sem prejuízo de juntada dos regulamentos específicos exigidos por cada estabelecimento, de acordo com o disposto nas alíneas a seguir reproduzidas:

[...]

- a) as declarações dos § 1º, letra a, documentadas quanto possível;
- b) dous pareceres de medicos que hajam examinado o enfermo 15 dias antes, no maximo, daquelle em que for datado o requerimento, ou certidão de exame de sanidade.

O texto do artigo 2º denota preocupação com o regramento do ingresso do paciente, no espaço asilar. Em termos científicos, pode-se afirmar que se trata de uma proposta de aperfeiçoamento dos registros e das observações que até então eram realizados pelos psiquiatras ou estudantes de psiquiatria do Pavilhão de Observação do Hospício Nacional de Alienados (VENÂNCIO, 2003, p. 888). Sob o enfoque jurídico, que consiste no reconhecimento do direito à identidade pessoal e familiar do louco, por um lado e a preservação do indivíduo, da sua liberdade, da sua integridade física, moral e psíquica contra eventuais abusos de autoridades (art. 72, § 9º, da Constituição de 1891) ou de terceiros, por outro. Mas, o que temos aqui é,

mais uma vez, a busca de submissão dos outros atores sociais – autoridades políticas, policiais, judiciária, familiares - e saberes, à psiquiatria.

Teixeira Brandão assinala que é preciso uma lei que defina as condições de seqüestração do louco no asilo, considerando arbitrária qualquer internação não sancionada pelo alienista. A psiquiatria é a única capaz de fazer do seqüestro um ato não-arbitrário, devido a seu saber sobre a loucura. (PORTOCARRERO, 2002, p. 96).

Essa exigência de um laudo médico a fim de legitimar a internação do doente mental no hospício aparece na literatura machadiana, no seguinte trecho do conto *O alienista*: “Compreende-se que, pela teoria nova, não bastava um fato ou um dito para recolher alguém à Casa Verde; era preciso um longo exame, um vasto inquérito do passado e do presente [...]” (MACHADO DE ASSIS, 1997, p. 42).

Ao lado da internação, uma nova modalidade de tratamento ao doente mental é prevista no art. 3º: o domiciliar. Contudo, findo o prazo de dois meses, se os sintomas da doença persistirem, o responsável pelo enfermo deve relatar à autoridade competente qual tratamento vem sendo utilizado, bem como todas as intercorrências clínicas havidas ao longo do período.

Esse artigo reflete o novo modelo de assistência psiquiátrica, que extrapola os muros dos hospícios e instala-se em outros locais, tais como a casa do doente - assistência familiar, que ilustra a forma não asilar de tratamento. Desta feita, verifica-se que a atenção psiquiátrica deixa de ser concentrada em uma única modalidade de assistência, a asilar, e passa a ser difusa.

O Hospício do Juquery, em São Paulo, concebido e administrado por Francisco Franco da Rocha, apresenta-se como um exemplo de sistema assistencial difuso e completo. Este complexo de assistência em psiquiatria é formado por um asilo fechado, por colônias-agrícolas; fazendas; assistência familiar dentro e fora do seu território. Essa instituição apresenta-se, nos primórdios do século XX, como o templo do cientificismo racionalista vigente (CUNHA, 1990; PORTOCARRERO, 2002, p. 118).

O art. 4º dispõe acerca da curatela¹⁹ do portador de transtorno mental e da guarda provisória dos seus bens, que deve ser definida pela autoridade policial, até que o juiz competente tome as devidas providências legais. Já aparece, nessa

¹⁹ A curatela dos portadores de transtornos mentais consiste no “[...] encargo conferido a alguém para dirigir a pessoa e os bens de um portador de enfermidade mental, cessando assim que ele recobrar sua integridade psíquica, segundo o que se apurar em processo judicial de levantamento da sua interdição.” (DINIZ, 1998, v. 1, p. 974).

norma, uma preocupação com o asseguramento dos direitos pessoais do portador de enfermidade mental e dos seus direitos reais, de propriedade. Essa proteção, contudo, apresenta-se de modo a promover uma incapacitação legal do paciente, que é excluído da administração da sua própria vida e do seu patrimônio.

Nos arts. 5º e 6º pode-se vislumbrar uma preocupação com outro direito fundamental do portador de transtorno mental: sua liberdade de ir e vir.

Por intermédio do art. 5º - que prevê a possibilidade de o paciente ou seu representante requererem a realização de outro exame de sanidade mental ou denunciarem a falta de um, para justificar a internação - objetiva-se garantir que o ingresso e a permanência do paciente em estabelecimentos psiquiátricos seja efetuada de acordo com as regras jurídicas e com o respaldo médico-científico.

A proibição de se negar pedido de alta requerido por quem solicitou a internação, mantendo, dessa forma, o paciente retido no estabelecimento público ou privado, a não ser que ele represente um perigo para si e para a sociedade, está prevista no art. 6º.

Compete ao Diretor da Instituição justificar à autoridade competente, para que se avalie a sua pertinência ou não, a causa da recusa da liberação do paciente (art. 7º). Essa medida visa a coibir eventuais abusos do corpo clínico ou de funcionários dos sanatórios de doentes mentais.

O art. 8º dispõe acerca da fuga do paciente, tanto de instituição pública como de particular. Prevê o referido dispositivo que, em havendo a reinternação do usuário, a dispensa do cumprimento das formalidades legais só pode ser feita se a evasão tiver ocorrido há menos de quinze dias. Caso contrário, todo o procedimento para a admissão do paciente deve ser, novamente, cumprido.

A previsão de propositura de ação penal, pelo Ministério Público, em caso de violência e atentado ao pudor, praticados contra os doentes mentais é estabelecida no art. 9º do Decreto n. 1132/1903. O dispositivo legal é explícito e indiscutivelmente um avanço legislativo, já no início do século XX, uma norma jurídica assegurar proteção aos direitos dos portadores de transtornos mentais e prever como crime passível de punição, através da Justiça Criminal, a violação à integridade física e moral do portador de sofrimento mental.

Outra grande conquista expressa nesse decreto é a proibição de se manter juntos, em cadeias públicas, alienados e criminosos (art. 10). Tal medida faz-se necessária, pois apesar de toda anormalidade ser entendida como um desvio mental

(e o crime está incluído nesta categoria), cada tipo de comportamento desviante requer um tipo diverso de tratamento, o que não ocorre até então. Como a diversidade de psicopatologias exige formas de assistência diversas, compete à psiquiatria estabelecer cientificamente, suas diferenças e seus respectivos tratamentos. Assim, o crime também passa a ser objeto de intervenção psiquiátrica.

O parágrafo único do art. 10 estabelece, ainda, que na ausência de hospitais psiquiátricos os doentes mentais devem ser recolhidos a locais destinados a esse fim.

Pode-se vislumbrar do exposto, mais uma vez, a medicalização crescente da loucura, que passa a ser vista como doença e não apenas como uma questão moral.

Na esteira da concepção de que cada tipo de desviante - louco e criminoso - precisa receber atenção especial em locais adequados, o art. 11 versa sobre a criação dos manicômios judiciários ou criminais, como são referidos no texto em questão. O anteriormente mencionado artigo 11 prevê que, enquanto não forem criados os manicômios criminais, tanto os doentes mentais que praticam ato criminoso como os criminosos que adquirem um transtorno mental, no decorrer do cumprimento da pena devem ser asilados em uma instituição pública, em um espaço que lhes fosse reservado.

Magali Engel (2004, *passim*), em sua pesquisa denominada *Psiquiatria e Feminilidade*, apresenta vários casos de mulheres que praticam crimes em razão de transtornos mentais e, em dois casos, um ocorrido em 1911 e outro em 1913, os peritos indicam a internação em hospitais psiquiátricos, denotando que a criação dos anteriormente mencionados manicômios criminais não ocorre num curto período de tempo.

Nesse sentido é a decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo requerendo a conversão do julgamento da ré S. M. de J. em diligência, a fim de se aferir a sua sanidade mental, mediante internação no Hospital Psiquiátrico do Juquery, posto ter ela matado o próprio marido:

ACÓRDÃO: Accordam em Tribunal de Justiça, converter o julgamento em diligência, para o fim de ser a ré appellante internada no Hospício de Juquery e ser examinada por especialistas sobre a sua sanidade mental, visto o atestado do medico assistente da ré a fls. 60, o que é corroborado pelo depoimento da testemunha de fls. 37. Havendo duvida sobre a integridade mental da ré, toda e qualquer apreciação sobre a sua imputabilidade é precipitada, como o diz o Dr. Procurador Geral do Estado em seu parecer de fls. São Paulo, 3 de Novembro de 1913. (SÃO PAULO, 1913, p. 23-4).

De fato, o primeiro manicômio judiciário brasileiro é construído por determinação do ministro da Justiça e dos Negócios Interiores, Alfredo Pinto, em 1919,²⁰ no Rio de Janeiro, durante a gestão de Juliano Moreira, que desenvolve um sistema de assistência psiquiátrica que contempla a problemática da delinquência e da criminalidade até então inexploradas pela psiquiatria vigente. A edificação dessa instituição médico-jurídica é precipitada por uma rebelião ocorrida no Hospício Nacional após a tentativa de fuga de um paciente, que faz emergir a fragilidade das instalações e a inadequação do tratamento dado a esses pacientes (ANTUNES, 1999, p. 114-7; PORTOCARRERO, 2002, p. 14; 60-1; 62).

A previsão legal da criação dos manicômios judiciários deve-se à patologização de toda “anormalidade” e do crime enquanto tal.

É sentindo que os crimes são, na maioria das vezes, a expressão de anormalidades mentais transitórias ou permanentes, que merecem ser estudadas em todos os íntimos aspectos de sua determinação, pediu ao Governo e conseguiu a criação do primeiro Manicômio Judiciário, fundado na América do Sul, onde são observados os psicopatas criminosos e onde são eles assistidos, como doentes, em enfermarias brancas e não em cárceres escuros. (MOREIRA, 1931 *apud* PORTOCARRERO, 2002, p. 103).

Tobias Barreto (2003, p. 129) manifestava-se contrário a essa visão, entendendo que:

A theoria romântica do crime-doença, que quer fazer da cadeia um simples appendice do hospital, e reclama para o delinquente, em vez da *pena*, o *remédio*, não pode crear raizes no terreno das soluções acceitaveis. Porquanto, admittindo mesmo que o crime seja sempre um phenomeno *pshycopathico* e o criminoso sempre um infeliz substituída a indignação contra o delicto pela compaixão da doença, o poder publico não ficaria por isso tolhido em seu direito de fazer applicação do *salus populi suprema lex esto* e segregar o *doente* do seio da communhão. (grifos no original).

Ao comentar a obra de Lombroso, Tobias Barreto (2003, p. 71) identifica e repudia a referida medicalização da loucura, por meio da patologização do crime quando afirma:

A obra do sábio italiano ressenete-se deste defeito [invasão recíproca de domínios intellectuaes limitrophes]. Nella se nota que o psychiatra quer desthronar o jurista, a psychiatria quer tornar dispensavel o direito penal. O autor, - é certo, - não o declara expressamente; mas isto lê-se entre as linhas.

E é isso mesmo que ocorre, na medida em que a direção e a organização do primeiro manicômio judiciário brasileiro ficam sob a responsabilidade da classe

²⁰ Antunes (1999, p. 114-7) aponta o ano de 1920 como sendo o de fundação do primeiro Manicômio Judiciário brasileiro.

médica, representada primeiramente por Juliano Moreira e depois por Heitor Carrilho (ANTUNES, 1999, p. 115).

O art. 12 do Decreto n. 1132/1903 versa sobre a fiscalização dos estabelecimentos, públicos e privados, voltados para o atendimento psiquiátrico, em todo o país. Tal atividade é atribuída ao Ministro da Justiça e dos Negócios Interiores, representado nos Estados-membros e no Distrito Federal por uma comissão integrada pelo Procurador da República, pelo curador de órfãos²¹ e por um profissional renomado, designado pelo Governo.

Os quatro requisitos necessários para o funcionamento de locais de tratamento encontravam-se previstos no art. 13, *in verbis*:

Art. 13. Todo hospício, asylo ou casa de saúde, destinado a enfermos de molestias mentaes, deverá preencher as seguintes condições:

1ª ser dirigido por profissional devidamente habilitado e residente no estabelecimento;

2ª instalar-se e funcionar em edificio adequado, situado em lugar saudavel, com dependencias que permittam aos enfermos exercicios ao ar livre;

3ª possuir compartimentos especiaes para evitar a promiscuidade de sexos, bem como para a separação e classificação dos doentes, segundo o numero destes e a natureza da molestia de que soffram;

4ª offerecer garantias de idoneidade, no tocante ao pessoal, para os serviços clinicos e administrativos.

A abertura e o funcionamento de qualquer instituição voltada para o atendimento de doentes mentais fica sujeita à autorização das autoridades competentes, quais sejam: ministro do interior ou presidentes ou governadores de Estados (art. 14). O pedido deve ser feito mediante petição (art. 15) instruída com os documentos que comprovem o preenchimento dos requisitos expostos no já

²¹ Segundo John Gilissen (2001, p. 629), as Ordenações Filipinas (1603) dispõem no seu livro IV, t. 102, o a seguir exposto sobre os curadores de órfãos:

“Dos Tutores, e Curadores que se dão aos Órfãos.

“O juiz dos Orfãos terá cuidado de dar Tutores, e Curadores a todos os Órfãos, e menores que os não tiverem dentro de hum mez, do dia que ficarem orfaõs, aos quaes Tutores, e Curadores fará entregar todos os bens moveis, e de raiz, e dinheiro dos ditos orfaõs, e menores por conto, e recado, e inventario feito pelo Scrivaõ de seu cargo, sob pena de privação do Officio.

1 E para saber como há de dar os ditos Tutores, e Curadores: primeiramente se informará se o pai, ou avô deixou em seu testamento Tutor, ou Curador a seus filhos, ou netos. E se era pessoa que podia fazer testamento, por quanto algumas pessoas o não podem fazer, como acima he dito. E saberá outro si, se deixou por Tutor, ou Curador pessoa que por direito o póde ser, que não seja menor de vinte e cinco anos, ou **sandeu**, ou prodigo, ou inimigo do orfaõ, ou pobre ao tempo do fallecimento do defuncto, ou escravo, ou infame, ou Religioso, ou impedido de algum outro impedimento perpetuo. E onde Tutor for dado em testamento perfeito, e solenne, não será dado ao orfaõ, ou menor outro Tutor, ou Curador pelo Juiz, mas aquelle que lhe foi dado em testamento o será em quanto o fizer bem, e como deve a proveito do orfaõ, ou menor, e não fizer cousa porque deva ser tirado da dita Tutoria, ou Curadoria. E estes Tutores, ou Curadores dados em testamento pelas sobre-ditas pessoas, que por direito os podem dar, não serãõ obrigados dar fiança alguma.”

As Ordenações Filipinas vigoraram no Brasil até o advento do Código Civil de 1916, que começa a vigor no ano seguinte à sua promulgação (1917) (CORRÊA, 2003, p. 84).

mencionado art. 13 (1º); com o regulamento interno da instituição (2º); com a declaração do número de doentes que pretende receber (3º); com a declaração do tipo de paciente que a instituição se propõe a receber: se apenas portadores de transtornos mentais ou se, caso preste, também, atendimento a outros tipos de doentes, que dispõe de um local específico para os doentes mentais, totalmente independente do destinado aos outros doentes.

Havendo a autorização do funcionamento de qualquer estabelecimento voltado para a atenção em psiquiatria, o seu administrador deve recolher uma determinada quantia para a fiscalização anual das suas dependências (art. 16).

O interesse institucional em aumentar o número de internos deve ser informado ao governo, por intermédio da Comissão Inspetora, enviando-se uma nova planta do imóvel, que comprove a sua capacidade de abrigar os novos pacientes (art. 17). O número de internações mensais deve ser informado à comissão inspetora, tanto pelos diretores dos estabelecimentos públicos como dos privados (art. 18).

O art. 19 dispõe acerca da competência da União para a manutenção da assistência aos doentes mentais do Distrito Federal, cujas diárias deveriam ser pagas pela Prefeitura do Distrito. As diárias dos pacientes originários de outros estados ou países deve ser suportada pelos seus respectivos governos (parágrafo único).

Denota-se nesse dispositivo legal a repartição de competência entre os entes da federação, em matéria de regulação da assistência na seara da psiquiatria da novel República Nacional. Esse ponto apresenta-se como objeto de preocupação tanto por Juliano Moreira como por Nina Rodrigues. Essa preocupação apresenta-se como uma adesão, do primeiro e uma crítica, do segundo, à recém promulgada legislação. Para o primeiro, a lei federal não fere o princípio federativo na medida em que sua observância não impossibilita a regulamentação estadual do funcionamento dos manicômios. Para o segundo, a legislação é inconstitucional, pois viola a autonomia dos estados-membros, não atenta para as especificidades de cada um e não prevê estratégias de implantação progressiva do modelo recém idealizado. Por isso, “[...] a unificação dos serviços de assistência aos alienados sob a direção do governo federal, [é uma] decisão política ‘incongruente’, a qual, ele acusava, só traria benefícios para os serviços da capital federal.” (1904 *apud* ANTUNES, 1999, p. 103; *apud* PORTOCARRERO, 2002, p. 98).

O art. 20 dispõe sobre os recursos humanos administrativos e em saúde mental do Distrito Federal. A composição da equipe de profissionais não diverge muito da prevista no Decreto n. 896/1892. Há a inclusão na equipe de saúde de um “cirurgião-ginecologista” e de um oftalmologista.

Verifica-se que há, na legislação, uma preocupação em aliar cuidados com a saúde física e a mental, bem como em contemplar, através do tratamento, as diferenças de gênero e de idade. A inserção de um ginecologista, na equipe de saúde, pode denotar, ainda, a correlação entre transtorno mental e a natureza feminina, havida na histeria.²²

O provimento dos cargos de alienista - adjunto, pediatra, médico do pavilhão de doenças infecto-contagiosas, de assistente do laboratório histoquímico e de interno deve ocorrer mediante aprovação em concursos públicos. Deve-se dar preferência, nos três primeiros casos, aos candidatos que tenham exercido o cargo de assistente ou preparador das faculdades de medicina do país (art. 21).

A título ilustrativo da observância do disposto no decreto n. 1132/1903, em nível nacional, tomamos como parâmetro dois estabelecimentos de assistência a alienados, um localizado em Minas Gerais - asilo de Barbacena - e outro em São Paulo - hospício do Juqueri – para confrontar com o disposto nesse art. 20, da mencionada norma, no tocante à contratação de profissionais da saúde necessários à assistência aos alienados no Distrito Federal.

O art. 20 dispõe que devem ser contratados os seguintes profissionais da saúde: quatro alienistas efetivos, um adjunto, um ginecologista, um pediatra, um infectologista, um oftalmologista, um diretor do laboratório anatomopatológico, um assistente do mesmo, um chefe dos serviços quimeoterápicos (kinesotherapicos), um dentista, quatro internos efetivos, um farmacêutico, além de enfermeiros e enfermeiras.

São 9 médicos, de 5 especialidades distintas e 4 internos, se não considerarmos que a direção do laboratório de anatomia e patologia e a chefia dos serviços de quimioterapia requeiram formação médica. Dentre esses 9 médicos, 5 devem ser psiquiatras, 4 efetivos e 1 adjunto.

A seguir apresentamos, na tabela 3, o número de profissionais da saúde efetivamente contratados para trabalhar nos dois serviços de atenção aos alienados.

²² Acreditava-se que a histeria seria um transtorno mental cuja manifestação ocorresse apenas nas pessoas do sexo feminino, posto ser originário da atividade/movimentação uterina.

Tabela 3- Pessoal Sanitário de Estabelecimentos de assistência a alienados em Minas Geraes e São Paulo no início do século XX

Sede do estabelecimento		Nome do Estabelecimento	Anno	PESSOAL SANITÁRIO												
				Médicos			Pharmaceuticos	Dentistas	Acadêmicos (Internos e externos)	Enfermeiros	Enfermeiras	Outros Prof.	Se-Xo Mas.	Se-Xo Fem.	Total	
Estado	Cidade		Especialistas	Não-especialistas	Total											
Minas Geraes	Barbacena	Asylo Central de Assistência a alienados	1908	04	---	04	01	---			28	12		33	12	45
			1909	04	---	04	01	---			28	12	---	33	12	45
São Paulo	Juquery	Hospício de alienados	1907	05	01	06	01	---	---		01	01	---	08	01	09
			1908	05	01	06	01	---	---		01	01	---	08	01	09
			1909	05	01	06	01	---	---		01	01	---	08	01	09
			1910	04	01	05	01	---	---		03	01	---	09	01	10
			1911	04	01	05	01	---	---		03	01	---	09	01	10

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil 1908-1912. Rio de Janeiro: Directoria Geral de Estatística, v. 1-3, 1916-1927. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em: 17 dez. 2005.

Confrontando os números ideais previstos pela legislação vigente à época, com o número real de profissionais de saúde que trabalham nos dois estabelecimentos tem-se que os dois estabelecimentos de assistência aos alienados constantes na tabela 3 contam, nos períodos apresentados, com o número mínimo de psiquiatras efetivos exigidos legalmente - 4. O Juqueri chega a manter em seus quadros um total de 5 alienistas, nos anos de 1907 a 1909. Esse número é reduzido para 4 profissionais, nos anos seguintes, o que gera uma diminuição de 20% no atendimento médico especializado.

Contudo, quando se verifica a presença dos médicos de outras especialidades e, sobretudo, a contratação dos demais profissionais da saúde, a situação se transforma.

No Asilo Central de Barbacena não existem médicos de outras especialidades, são apenas 4 alienistas para atender a demanda de 314 pacientes em 1908.²³ É uma média de 79 pacientes por médico.

São 28 enfermeiros do sexo masculino para atender 198 pacientes do sexo masculino. Há uma proporção de um enfermeiro para cada sete pacientes.

As enfermeiras perfazem um total de 12 para atender 116 pacientes do sexo feminino, em 1908. São, aproximadamente, 10 pacientes do sexo feminino para serem cuidadas por cada enfermeira.

Em 1909, ainda se tem 4 psiquiatras para atender 228 pacientes, no Asilo Central de Barbacena. O número de pacientes a serem cuidados cai para 57 por médico.

Mantém-se em 28 o número de enfermeiros do sexo masculino para atender 150 pacientes do sexo masculino e em 12 enfermeiras do sexo feminino para atender 78 pacientes do sexo feminino. A proporção é, respectivamente, de 5,5 pacientes do sexo masculino e 6,5 pacientes do sexo feminino por profissional da enfermagem.

Tanto em 1908 como em 1909 há apenas um farmacêutico para atender a todos as solicitações médicas. Não há dentistas ou acadêmicos (internos e externos) dentre os integrantes da equipe de saúde do Asilo Central de Barbacena.

A equipe de saúde mental do Asilo Central de Barbacena nos anos de 1908 e 1909 é composta de um total de 45 profissionais, sendo 33 (73,5%) do sexo masculino e 12 (26,5%) do sexo feminino.

No Juqueri, no ano de 1907 temos 6 médicos, dos quais 5 são especialistas em saúde mental e 1 é não especialista. Contudo, não dispomos da relação de pacientes desse ano, o que nos impossibilita de demonstrar a razão de médicos por pacientes.

Há, entretanto, em 1907, apenas 1 enfermeiro do sexo masculino e 1 enfermeira do sexo feminino para cuidar dos pacientes.

Em 1908 o Juqueri conta com 5 psiquiatras e 1 médico não especialista para dar atendimento a 1159 pacientes. A proporção é de 232 pacientes para cada alienista e de 193 pacientes para cada médico.

²³ As tabelas com o número de pacientes internados em Barbacena e no Juqueri nos anos analisados, bem como a indicação das suas respectivas psicopatologias, podem ser acessadas no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Conteúdo Histórico, Estatísticas do Século XX, Saúde. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em: 17 dez. 2005.

Os profissionais de enfermagem continuam na mesma quantidade do ano anterior, qual seja, 1 enfermeiro do sexo masculino para atender às necessidades de 784 pacientes do sexo masculino e 1 enfermeira para auxiliar 375 pacientes do sexo feminino.

No ano de 1909 temos 5 médicos alienistas e 1 não especializado para atender 1238 pacientes. A proporção é de um médico psiquiatra para cuidar de um grupo de, aproximadamente, 248 pacientes e de um médico para clinicar para, aproximadamente, 206,5 pacientes.

A equipe de enfermagem não sofreu alterações desde o ano anterior. Assim, tem-se 1 enfermeiro do sexo masculino para cuidar de 865 pacientes do sexo masculino e 1 enfermeira para zelar pela integridade de 373 pacientes do sexo feminino.

Permanece inalterado, desde 1907, o número de farmacêuticos que compõem a equipe de saúde mental - apenas um profissional.

De 1907 a 1909 a equipe de profissionais sanitários do Hospício do Juqueri conta com a presença de 09 profissionais ao todo. Dentre eles, 8 (89%) são do sexo masculino e 1 (11%) do sexo feminino.

A partir de 1910 a equipe de médicos sofre uma redução de 20%, passando a contar com apenas 4 psiquiatras e 1 médico não-especializado para atender às demandas de 1356 pacientes. São 339 pacientes para cada médico-psiquiatra atender e 271 pacientes para cada médico cuidar.

Aumenta para 3 o número de enfermeiros do sexo masculino, que zelam pela saúde física e mental de 954 pacientes do sexo masculino. A proporção é de 318 pacientes para cada enfermeiro. O número de enfermeiras continua o mesmo - 1 para atender a demanda de 402 pacientes do sexo feminino.

Ainda existe um farmacêutico na equipe de saúde do Hospício do Juqueri, neste ano.

Os membros da equipe de profissionais sanitários do Hospício do Juqueri totalizam 10 profissionais - 9 (90%) são do sexo masculino e 1 (10%) do sexo feminino.

Tal como em 1910, no ano de 1911 o Hospício do Juqueri conta com 4 psiquiatras e 1 médico não-especializado para zelarem de 1478 pacientes. Cada psiquiatra deve atender 369,5 pacientes e cada médico tem sob sua responsabilidade a integridade física e psíquica de 295,5 pacientes.

São 3 os enfermeiros do sexo masculino, responsáveis pelos cuidados em saúde de 1032 pacientes do sexo masculino. A proporção é de 344 pacientes para cada enfermeiro. Há uma enfermeira prestando serviços para atender às necessidades de 446 pacientes do sexo feminino.

Nesse ano, como nos demais, há apenas um farmacêutico na equipe de saúde do Hospício do Juqueri.

Dez é o número de profissionais da equipe sanitária do Hospício do Juqueri. São 9 (90%) são do sexo masculino e 1 (10%) do sexo feminino.

Em nenhum momento, no período de 1907 a 1911, integraram dentistas ou acadêmicos de medicina à equipe sanitária do Hospício do Juqueri.

Diante disso, pode-se asseverar que a reforma introduzida pelo decreto n. 1132/1903 consiste em um avanço em relação ao modelo anterior, porém é insuficiente para garantir um tratamento digno aos portadores de transtornos mentais, possibilitando-lhes a recuperação da sua saúde mental e sua reintegração social.

Denota grande avanço legislativo o fato de que o Decreto n. 1132/1903 ter previsto no seu art. 22 e seu parágrafo único punições severas para aqueles que violem suas determinações. Dentre as penalidades previstas estão: oito dias de prisão, multa - 500\$ a 1.000\$ - e cassação da autorização de funcionamento do estabelecimento prestador de serviços e tratamentos em saúde mental, em caso de reincidência.

2.6 O Decreto n. 5.148-A/1927 e a segunda reforma da política de medicalização

No ano de 1927, o Poder Legislativo federal institui o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais, órgão inicialmente encarregado da administração dos hospitais psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro e, posteriormente à sua incorporação ao Ministério da Educação e Saúde (a partir de 1930), de todos os serviços psiquiátricos do país (RIBEIRO, 1999, p. 23).

Tal transformação deve-se a mais uma reestruturação da assistência aos doentes mentais, promovida por intermédio do Decreto n. 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927.²⁴

Alheio à perspectiva eugênica, é desenvolvido um trabalho de assistência psiquiátrica e humanização do atendimento aos doentes mentais que pode ser compreendida como mais uma reforma psiquiátrica do Brasil.

A nova legislação, que se propõe a reorganizar a assistência aos mentalmente enfermos, no Distrito Federal, traz no seu texto, além de uma mudança de orientação nas políticas públicas em psiquiatria, alterações que denotam inovação no referencial teórico-científico, conforme será destacado.

Duas relevantes mudanças aparecem ao longo do texto normativo: os termos alienado e hospício são substituídos, respectivamente, por psicopata,²⁵ entendido esse último em sentido amplo, como a pessoa que possui algum tipo de doença mental (*psycho* = mente, espírito; *pathos* = doença) e manicômio.

Outro ponto a ser destacado, já no art. 1º, é a preocupação com a preservação da integridade física do próprio doente mental. No mesmo art. 1º do Decreto n. 1.132/1903, o cuidado é voltado exclusivamente para a sociedade - a ordem pública e a segurança dos cidadãos - e não para a pessoa do doente mental.

No § 1º do mencionado art. 1º estabelece uma nova hipótese para a reclusão do sofredor mental em estabelecimento fechado. Além da necessidade de se provar o transtorno mental, deve-se provar a recusa do doente em receber o devido tratamento. Essa última parte do parágrafo demonstra que a mera comprovação da patologia mental não é mais suficiente para se aplicar uma medida tão drástica, que interfere diretamente na liberdade de locomoção do indivíduo, como a sua reclusão em estabelecimento fechado.

Outros dois indícios encontram-se no § 2º do mesmo art. 1º. O primeiro deles consiste na distinção entre o “psicopata” alienado e não alienado. Ou seja, reconhece-se, por meio da norma, que o doente mental pode estar orientado, em pleno uso e gozo das suas faculdades mentais, sem qualquer alteração da sua inteligência, vontade ou dos seus sentimentos e, em razão disso, poderá e deverá continuar respondendo pela administração da própria vida e dos seus bens, sem

²⁴ O texto do Decreto n. 5.148-A encontra-se, integralmente, no anexo D.

²⁵ Atualmente, o termo psicopata não é mais utilizado na literatura médica. O CID-10 denomina o portador desse tipo de transtorno como portador de personalidade psicopática ou transtorno de personalidade anti-social (personalidade dissocial - Classificação 60.2 do CID-10, 2003, v. 1).

interferência ou fiscalização de terceiros. O segundo denota uma perda de poder por parte do Judiciário. Antes, compete ao Diretor informar esse tipo de internação apenas ao juiz competente. Agora, a informação deve ser transmitida, pelo Diretor, à comissão fiscalizadora dos estabelecimentos e não mais ao juiz.

No art. 2º, parágrafo único, há mais uma mudança. O doente mental pode receber tratamento domiciliar pelo prazo máximo de dois meses, após o qual, caso os sintomas persistam, dever-se-á comunicar a comissão inspetora, tal como na legislação anterior. Contudo, para que se promova a comunicação à referida comissão, além da presença da doença, é preciso que ela se torne uma ameaça à ordem pública, ao próprio doente ou a terceiros.

Caiu o disciplinamento da curatela e da guarda provisória dos bens do internado, o que pode ser considerado um avanço, pois reconhece que nem todo paciente encontra-se alienado e nem todo transtorno afeta a inteligência e a vontade da pessoa.

O prazo para readmissão de pacientes que se tenham evadido do estabelecimento de atenção em saúde mental, sem necessidade de cumprir novas formalidades, passa de 15 para 30 dias, com a ressalva de que a dispensa do cumprimento dessa formalidade só ocorre caso persistam os mesmos motivos da internação anterior. Essa alteração também caracteriza uma conquista no campo do tratamento em saúde mental na medida em que as internações devem durar, em média 30 dias - conforme entendimento de Franco da Rocha, por exemplo (CUNHA, 1990, p. 49).

Dá-se um grande retrocesso na medida em que essa norma não traz a previsão de propositura de ação penal pelo Ministério Público, contra aqueles que violarem os direitos dos doentes mentais.

O art. 7º, em seu parágrafo único, destaca que os doentes mentais devem ser mantidos em estabelecimentos diversos dos destinados aos criminosos, razão pela qual o tratamento dos “psicopatas” deve ser feito em manicômios, ou seja, hospitais destinados aos cuidados para com a saúde mental. Se a localidade não possuir um manicômio, os hospitais gerais devem reservar uma ala específica para o atendimento dos mentalmente enfermos em surto (“delirantes”).

Os manicômios criminais, destinados à clientela composta por doentes mentais criminosos e condenados acometidos de patologias mentais, passam a ser denominados judiciais (art. 8º). Inexistindo essa modalidade de estabelecimento, nos

Estados da federação, os manicômios públicos devem destinar um pavilhão para atender a referida população.

Nesse Decreto - Decreto n. 5.148-A - a delegação dos cargos de direção dos estabelecimentos de atenção aos doentes mentais, aos médicos e, em especial, aos psiquiatras, é taxativa (art. 10, § 1º e art. 17). No anterior, empregava-se o termo “profissional” para referir-se aos possíveis ocupantes dessa função.

No referido art. 10 ocorrem mais duas alterações: suprime-se a obrigatoriedade dos diretores residirem no estabelecimento destinado ao tratamento dos doentes mentais e institui-se a obrigatoriedade de manter-se, durante as 24 horas do dia, um ou mais médicos plantonistas para o atendimento das intercorrências.

A abertura ou direção de estabelecimentos de saúde mental depende de autorização das autoridades competentes: Ministro do Interior, em se localizando no Distrito Federal ou presidente ou governador do estado, caso seja instalado nos estados-membros da federação.

Por fim, um último ponto a ser destacado, positivamente, é a significativa ampliação no número de especialidades médicas na atenção ao doente mental, inclusive com a previsão de contratação de médicas do sexo feminino, para o atendimento das pacientes de mesmo sexo, bem como a exigência de contratação ou indicação de profissionais com comprovada experiência no atendimento desse tipo de paciente e com produção científica relevante em psiquiatria.

Dentre os psiquiatras que revolucionaram o atendimento e a produção científica desse período, encontra-se Ulysses Pernambucano. Ele é considerado o responsável pela utilização da Psicologia Social na área da saúde mental e introduz reformas psiquiátricas significativas através da implantação, em Recife, de ambulatórios em serviço público, inclusive com serviço de atenção primária em saúde mental, até então inédito e escola especial para deficientes mentais.

A atenção primária em saúde mental, proposta por Pernambucano é desenvolvida pelo Serviço de Higiene Mental e conta com uma até então inexistente equipe multiprofissional “[...] e uma ação comunitária extra-hospitalar” (MEDEIROS, 1999; RIBEIRO, 1999, p. 28).

Complementando essa estrutura de serviços voltados para a atenção em psiquiatria, além do serviço de higiene mental havia o ambulatório, o serviço aberto, o manicômio judiciário e a colônia de alienados.

O Ambulatório tinha por finalidade evitar as internações e foi o primeiro do país. O Serviço Aberto internava geralmente, “psicóticos incipientes, com possibilidades de recuperação... **O Serviço Aberto poupava-os das formalidades legais que naquele tempo limitavam os direitos civis de quem se internasse em serviços psiquiátricos, postergando um tratamento precoce.**” (RIBEIRO, 1999, p. 28, grifos nossos).

Excursão: Para além das políticas públicas: a incapacidade do louco no Código Civil de 1916

As doenças mentais interessam não apenas à medicina, mas também ao Direito. Esse interesse extrapola a relação normalmente havida entre “crime e loucura”, o que limitaria qualquer análise jurídica da temática ao Direito Penal ou à antropologia criminal.

Os doentes mentais são, antes de tudo, pessoas e, enquanto tais, encontram-se abarcados pela legislação civil.

O Código Civil (CC) é promulgado na segunda década do século XX, quase cem anos depois da independência brasileira. Como toda norma, reflete os valores, o espírito de sua época, o que explica seu cunho individualista e patriarcalista, caracterizando-se pelo enfoque voluntarista, calcado na autonomia da vontade (DINIZ, 2003, p. 216).

Não se trata de uma lei especial, voltada para o disciplinamento de questões relativas à saúde mental ou aos doentes mentais e seus direitos, mas antes, trata-se de uma lei geral, que dispõe acerca das pessoas, dos seus bens, regendo suas relações jurídicas de ordem privada, desde o seu nascimento, passando pela sua maioridade civil, seus atos jurídicos, até a sua sucessão, quando do seu falecimento. É nesse contexto do mundo jurídico que o louco, sua loucura e a (in)validade dos seus atos são analisados, tendo como referenciais a (im)possibilidade de se exercer a autonomia da vontade em decorrência da presença ou não da (des)razão.

Ao dispor, na parte geral, sobre os sujeitos de direito – as pessoas físicas e jurídicas – o Código Civil de 1916 (lei n. 3.071, de 1º de janeiro de 1916) apresenta, no seu artigo 5º, II, como absolutamente incapazes para exercerem pessoalmente

os atos da vida civil, os *loucos de todo gênero*. Mas, o que é a (in)capacidade jurídica, no âmbito cível? Quem são os *loucos de todo gênero*?

A (in)capacidade jurídica relaciona-se à **pessoa física ou natural** que “é o ser humano, considerado como sujeito de direitos e obrigações” (art. 2º do CC de 1916). A ordem jurídica atribui **personalidade jurídica** a todos os indivíduos que nascem com vida, embora tutele alguns direitos do nascituro (art. 4º do CC de 1916). Essa personalidade jurídica consiste, assim, na aptidão, reconhecida e atribuída pelo Estado, para adquirir direitos e contrair obrigações. Contudo, essa possibilidade pode ser restringida em virtude da incapacidade ou da capacidade relativa do seu titular.

Segundo Serpa Lopes (1953, v. 1, p. 223), a temática da capacidade é regida por dois princípios básicos. O primeiro é o que estabelece a relação entre a capacidade e a prática dos atos jurídicos. Para esse autor (1953, v. 1, p. 223), os fatos jurídicos, inclusive os voluntários, exigem discernimento e não capacidade. O segundo é o que dispõe a capacidade como regra e a incapacidade como exceção.

A **capacidade de direito ou de gozo** consiste na “aptidão, oriunda da personalidade, para adquirir direitos e contrair obrigações na vida civil, que não pode ser recusada ao indivíduo, sob pena de se negar sua qualidade de pessoa, despiando-o dos atributos da personalidade.” (DINIZ, 1998, v. 1, p. 484). Essa espécie de capacidade, todos os seres humanos possuem. Contudo, há uma segunda forma de capacidade, a **de fato ou de exercício**, que consiste na possibilidade de o titular do direito ou do dever subjetivo exercer, pessoalmente, os atos da vida civil, tais como comprar, vender ou doar bens, casar-se, adotar.

As pessoas dotadas de capacidade de gozo ou de direito e de fato ou de exercício possuem **capacidade plena**, enquanto aquelas que possuem tão somente a capacidade de gozo ou de direito têm **capacidade limitada**, pois exercem seus direitos e deveres por intermédio de outra pessoa e, por isso, são denominados de **incapazes**.

A incapacidade pode ser absoluta ou relativa. Será **absoluta** quando acarretar a total impossibilidade de o titular do direito ou da obrigação praticar, autonomamente, os atos da vida civil ou responder pelas conseqüências advindas do seu agir. Por isso, os atos jurídicos praticados pelos absolutamente incapazes só serão válidos se forem feitos por meio do seu representante legal (arts. 5º e 145, I do Código Civil de 1916). A incapacidade é **relativa** quando possibilita ao incapaz a

prática de atos da vida civil, desde que seja assistido por seu representante legal, como é o caso do pródigo (arts. 6º e 147, I do CC).

Conforme dispõe o mencionado inciso II, do art. 5º do CC, os *loucos de todo o gênero* são absolutamente incapazes, sendo, dessa forma, dotados apenas da capacidade de direito ou gozo, razão pela qual devem ser representados por seus pais, tutores ou curadores, mesmo que tenham alcançado a maioridade, sob pena de nulidade dos seus atos.

As enfermidades psíquicas, a debilidade mental e defeitos psíquicos atingem o conhecimento, o sentimento e a vontade, de modo que o direito teve de atender a que o homem, pessoa física, nem sempre pode – como seria de esperar-se, se tal *quid* não existisse – manifestar conhecimento, sentimento e vontade. Donde ter-se de pré-excluir a imputabilidade e a validade dos atos jurídicos, se grave o déficit psíquico. (MIRANDA, 1983, v. 1, p. 208).

Uma vez declarada a incapacidade absoluta, em decorrência de transtorno mental, não são considerados válidos os atos praticados durante os ditos “intervalos lúcidos”. Esse entendimento adotado pelo Código Civil de 1916 diverge do disposto no Código Criminal do Império e nas Ordenações Filipinas (BEVILÁQUA, 1975b, p. 185; CARVALHO SANTOS, 1950, v. 1, p. 252). Quem seriam esses *loucos de todo o gênero*? Quando teria sua liberdade de agir restringida, juridicamente, em decorrência da sua “loucura”?

As respostas dadas ao primeiro dos questionamentos anteriormente lançados não são unívocas, conforme nos demonstra J. M. Carvalho Santos (1950, v. 1, p. 253-255) ao expor a visão de juristas e médicos da época.

Loucos de todo o gênero, alienados de qualquer espécie, ensina AFRÂNIO PEIXOTO, são expressões vezeiras dos projetos, leis, códigos nacionais, mais ou menos empregados a êsmo. Sobre elas muito se tem escrito, desde TOBIAS BARRETO até NINA RODRIGUES. Muita gente, incluindo aí médicos e juristas, pensa que são sinônimas. Não há tal. **Loucos** são doentes de um processo patológico ativo. O **idiota**, parado no desenvolvimento, o **demente**, regredido pela senilidade, são enfermos de um processo patológico estacionário ou crônico: não são loucos, mas como os outros, são **alienados**. A noção de loucura contém-se, pois, dentro da alienação muito mais ampla (*Psicopatologia Forense*, pág. 169).

Para o citado Nina Rodrigues ([19--], p. 21) a expressão **alienação mental** é sinônimo de *demência*, na acepção genérica que teve no direito romano.²⁶ Segundo ele, a noção “loucos de todo gênero” não é adequada, mas:

²⁶ “Não menos acertada a denominação de amênciam (*amentiam*) ou demência (*dementiam*), para indicar o estado da mente carente da luz da alma. Donde deve-se entender que aqueles que atribuíram tais denominações a essas realidades, da mesma maneira dos Estóicos que retiveram

Será mesmo difícil encontrar uma expressão capaz de convir como rubrica genérica a todos esses casos de insanidade, de cuja somma o grupo das loucuras é apenas uma parcella. Esses casos são, de facto, ou de verdadeiras molestias mentaes ou cerebraes como a loucura e a aphasia; ou de invalidez mental como a imbecilidade a idiotia, a surdo-mudez; ou de simples anormalidade psychica, como os estados somnambulicos e hypnoticos, as paixões, a embriaguez etc.; ou mesmo condições psychologicas especiaes como a involução senil. Como se vê, são estados muito distintos uns dos outros e que não guardam entre si affinidades taes que permittam agrupal-os numa rubrica unica. A insuficiencia mental para o exercicio dos direitos civis é um effeito, uma conseqüência de causas múltiplas que não podem entrar numa familia natural ou constituil-a. (RODRIGUES, [19--], p. 14-5).

Carvalho Santos (1950, v. 1, p. 254) menciona que alguns professores argentinos, quando estavam discutindo o projeto de elaboração do seu Código Penal, elegeram a expressão *alienação mental* por considerarem-na “[...] gramaticalmente correta e cientificamente precisa”. Para eles, “[...] a etimologia da palavra alienação já era explicativa do seu significado: alienação provém do latim ‘*alienus*’, estranho, outro. Refere-se ao estado do homem cuja enfermidade mental o faz diferente de si mesmo e estranho aos demais.

Essa também teria sido a razão que levou a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, em 1920, a sugerir a conveniência da substituição da fórmula *loucos de todo o gênero* pela de *alienados e deficientes mentais* e os cientistas Leonídio Ribeiro e Murilo de Campos a proporem a consagração apenas do termo *alienados*, pois “[...] é uma expressão genérica e de sentido médico-forense, que abrange tôdas as afecções mentais, logo que suas perturbações sejam de grau de incapacitar o indivíduo para conduzir-se convenientemente no meio social,” estando os deficientes mentais, portanto, ali incluídos. (CARVALHO SANTOS, 1950, v. 1, p. 254).

Aliás, a expressão “loucos de todo gênero” já havia sido utilizada no Código Criminal do Império e, desde lá, sofre severas críticas.

O próprio Clóvis Beviláqua (1975b, p. 183), jurista e autor do projeto de lei que deu origem ao CC destaca, nos seus comentários, que apesar de ser uma expressão consagrada no direito pátrio, não se constitui na mais adequada e não foi

diligentemente foi recebido de Sócrates: todo insensato não é sadio. Com efeito, a alma que padece de alguma doença – os filósofos chamam de doenças, como afirmei há pouco, aquelas tendências desordenadas -, pois não é mais sadio do que aquele corpo tomado pela doença. Assim acontece que a sabedoria se torna a saúde da alma, a insanidade é também um estado de não saúde, isso parece mais claro em expressões latinas do que em gregas.” (CICERONI, 2001, *Liber Tertius*, p. 206; tradução de Benedito Joaquim da Costa).

a que constou, inicialmente, no Projeto do Código. A expressão “alienados” foi a primeiramente escolhida.

Sob a expressão de alienados e fracos de espírito, compreendem-se todos aqueles que, por organização cerebral incompleta, por moléstia localizada no encéfalo, lesão somática ou vício de organização, não gozam de equilíbrio mental e clareza de razão suficientes para conduzirem-se, socialmente, nas várias relações da vida, como: os idiotas, os imbecís, os surdos-mudos de nascença não educados suficientemente, os vesânicos, os loucos, que a nossa lei designa comumente pelos nomes gerais de mentecaptos, desassisados, dementes e furiosos, e cuja caracterização científica incumbe aos alienistas e aos médicos-legistas. (BEVILÁQUA, 1943, p. 418).

Como o CC dispõe acerca da situação jurídica do pródigo?

O pródigo é a pessoa que gasta, desmedida, compulsivamente, diminuindo ou extinguindo seu patrimônio. Por isso, seu agir deve ser juridicamente limitado apenas no tocante à livre disposição dos seus bens, posto ser esta a forma de expressão da sua desordem mental. Em razão dessa compulsão em desfazer-se dos seus bens, a situação jurídica do pródigo é de incapacidade relativa, consoante o art. 6º, III do CC.

Para a psiquiatria a prodigalidade é um sintoma e não uma doença mental.

O Direito deve proteger os interesses dessas pessoas e, por isso, estabelece as regras acerca da interdição dos pródigos e dos “loucos de todo gênero”.

Até prova em contrário, toda pessoa é capaz. Por isso, caso ocorram estados transitórios de insanidade mental, tem-se, se restar comprovado, tão somente o vício dos atos praticados durante esse estado transitório.

Logo, apenas na hipótese de insanidade mental permanente ou duradoura, que promova significativa alteração nas faculdades mentais é que se terá a declaração de incapacidade civil absoluta por meio da interdição. Se a alteração das faculdades mentais não for grave, ainda que duradoura, não se justifica a interdição. “E assim deve ser, porquanto se ficou provado que a pessoa é capaz de reger sua pessoa e bens não pode haver a incapacidade, a não ser com violência manifesta aos direitos do paciente.” (CARVALHO SANTOS, 1950, v. 1, p. 252).

Em se tratando de dependentes químicos o raciocínio é semelhante, qual seja, só é cabível a declaração de incapacidade absoluta, em caso de alteração mental grave.

A interdição está prevista no CC do art. 447 ao art. 461. Ela pode ser requerida quando os envolvidos forem portadores de transtornos mentais - “loucos

de todo gênero”, surdos-mudos que, por uma educação deficiente, ou por ausência dela, não consigam manifestar sua vontade (esses não são objeto da nossa pesquisa) ou pródigos.

Trata-se de expediente por meio do qual o magistrado retira do indivíduo a administração da sua vida e do seu patrimônio, através de sentença judicial. A sentença deve ser prolatada depois que o magistrado verificar que o interditando - seja ele doente mental, pródigo ou surdo-mudo - não possui condições de gerir seus próprios bens e sua própria vida.

A interdição pode ser vista como uma medida protetiva à pessoa, aos seus bens e à sociedade. No caso do pródigo, a medida objetiva apenas a proteção dos seu patrimônio, por isso é uma interdição limitada, na medida em que restringe seus atos relacionados à disposição desses bens (art. 459 do CC).

No sentido de proteger o patrimônio do incapaz é a decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro a seguir reproduzida:

BENS DE INCAPAZ – Imóveis de interdito – Arrendamento por tempo indeterminado – Hasta Pública – Dispensa – Aplicação do art. 453 do Código Civil.

O arrendamento, por tempo indeterminado, de bens pertencentes a incapazes sob curatela, constituindo mero ato de administração, não está sujeito á exigência da hasta pública estabelecida para os casos de locação por tempo prefixo. (RIO DE JANEIRO, 1938, p. 251).

Para que haja o processo de interdição do doente mental - “loucos de todo gênero” -, faz-se necessária a requisição de um dos legitimados ativos, a saber: pai, mãe, tutor(a), cônjuge, parentes próximos ou ainda o Ministério Público (art. 447 do CC).

A legitimidade ativa para a requisição da interdição do pródigo é limitada ao seu cônjuge, aos seus ascendentes ou descendentes legítimos (art. 460 do CC).

Feito o pedido de interdição, o juiz pode, para formar o seu convencimento, requerer a realização de exame pessoal - efetuado por ele mesmo, em juízo - e pericial (art. 450 do CC).

Uma vez decretada a interdição, o juiz deve, na mesma sentença, nomear um curador para o interditado.

O curador exerce a curatela, “[...] encargo público conferido por lei a alguém para dirigir a pessoa e administrar os bens dos maiores que por si não possam fazê-lo.” (BEVILÁQUA, 1943, p. 415).

Antecipando o CC em análise, a curatela do sofredor mental, que é concedida por meio de processo de interdição, é prevista no art. 4º Decreto n. 1.132/1903.

Caso o pedido de interdição tenha sido formulado pelo genitor responsável pelo interditado, a curatela permite-lhe continuar a exercer o pátrio poder (atual poder familiar), como se o(a) interditado(a) fosse menor de idade. Em razão disso, são-lhes conferidos, legalmente, os mesmos direitos e deveres que possuiria se o(a) filho(a) fosse menor. Pelo mesmo motivo, ficam os genitores dispensados de apresentarem balanço anual, tal como prevê o art. 435 do CC.

Em sendo o interditando casado, seu cônjuge é, por direito, seu curador, o que o dispensa, também, de prestar contas anualmente e de fazer inventário, na hipótese de o casamento ter sido celebrado sob o regime de comunhão. O cônjuge também não é obrigado a efetuar balanço anual se os bens do interditado estiverem discriminados em documento público. É o que determina o art. 455 do CC.

Como o CC é do início do século passado, há diferenças na titularidade de direitos e deveres de homens e mulheres, que se encontram refletidas no disciplinamento da curatela. Por isso, o anteriormente mencionado art. 455 do CC dispõe que se o curador for o marido, deve-se observar o que estabelecem os arts. 233 a 239 do CC e se a curadora for a esposa, deve-se cumprir o que determina o parágrafo único do art. 251.

O mencionado art. 233 e seguintes disciplinam os direitos e deveres do marido na sociedade conjugal. A ele compete a chefia dessa sociedade, devendo representar legalmente a família, administrar os bens comuns do casal, bem como os particulares da mulher - dependendo do regime conjugal estabelecido ou do estipulado em pacto antenupcial -, estabelecer ou alterar o domicílio familiar, autorizar a profissão da esposa e a fixação de outra residência por ela, caso essa profissão o demande e prover o sustento dos membros da família (art. 233 do CC).

Por outro lado, é defeso ao marido, sem a anuência da mulher, independentemente do regime de bens, alienar, hipotecar ou gravar de ônus os bens imóveis ou direitos reais sobre imóveis alheios, pleitear como autor ou réu acerca desses direitos, prestar fiança ou fazer doações com os bens ou rendimentos comuns, a não ser que essa doação seja de pequena monta ou corresponda ao pagamento de uma obrigação jurídica (art. 235 do CC).

Como a esposa encontra-se interditada e o marido é o seu curador natural, os deveres a ele impostos restam sem efeito, em relação a ela, pois os atos jurídicos

que ela venha a praticar, ou seja, o exercício da autonomia da vontade da cônjuge virago encontra-se obstaculizado e se concretizam, tão somente, por intermédio do cônjuge varão.

Da mesma forma acontece quando a interdição recai sobre o cônjuge varão. A administração dos bens do casal e a direção da sociedade conjugal passa a ser exercida pela esposa (art. 251, III do CC), a quem competirá, ainda, dispor dos seus bens particulares e vender os móveis comuns, bem como os do marido, administrar os bens do cônjuge varão ou vender os imóveis do casal e os do esposo, com a devida autorização judicial (parágrafo único do art. 251 do CC).

Os parentes próximos também podem requerer a interdição de um familiar que seja doente mental ou pródigo e, como consequência, podem ser nomeados curadores.

Nomeado o curador, o art. 457 do CC prevê a possibilidade dele determinar a internação do curatelado, interditado em decorrência de patologia mental, se entender inoportuno mantê-lo em casa ou verificar a necessidade de proporcionar-lhe tratamento. Em qualquer uma das duas hipóteses, a finalidade é a proteção e o interesse do próprio interditado ou dos familiares e, em última instância, da sociedade. O legislador não menciona se essa possibilidade abrange apenas os “loucos furiosos”, o que permite uma interpretação ampla, ou seja, todo e qualquer interditado, doente mental, pode ser, a critério do seu curador, internado em estabelecimento próprio.

O CC, no seu art. 454 estipula a ordem de nomeação dos curadores. Primeiramente, o cônjuge do interdito. Na sua impossibilidade, o pai deve ser o curador do incapaz. Caso o genitor não possa assumir o encargo, a mãe deve fazê-lo. E, se ela também não tiver condições de ser curadora, cabe ao descendente maior de idade - 21 anos - sê-lo. Se os descendentes forem de mesmo grau, os do sexo masculino precedem os do sexo feminino. Na ausência desses, o magistrado deve nomear como curador os parentes mais distantes, observando-se, também a preferência dos do sexo masculino sobre os do feminino.

Não havendo nenhum dos legitimados ativos anteriormente mencionados, compete ao juiz indicar o curador.

É de dois anos o prazo para o exercício da curadoria, exceção feita aos cônjuges e genitores curadores, que não têm tempo pré-fixado para o desempenho dessa atribuição (art. 444 do CC).

O Ministério Público só deverá requerer a interdição em caso de loucura furiosa ou se forem considerados ausentes, menores ou incapazes os genitores, tutor(a), cônjuge ou parente próximo do interditando.

As restrições impostas ao Ministério Público, no tocante à interdição dos “loucos de todo gênero”, fundam-se no entendimento do legislador pátrio que é responsabilidade da família zelar pelo comportamento, pelos interesses e pela integridade dos incapazes. Sendo ela omissa ou negligente, compete ao Ministério Público, enquanto representante da sociedade, desempenhar essa função.

Se, por um lado, o Ministério Público deve promover o pedido de interdição dos “loucos de todo gênero”, em caráter excepcional, por outro, é sua a responsabilidade de requerer a interdição dos ditos loucos furiosos. Tal ônus justifica-se na medida em que acredita-se que esses doentes mentais podem perturbar a ordem pública, colocando em risco a população e a paz social, bem como a sua própria vida e integridade.

Caso o pedido de interdição seja formulado pelo Ministério Público, o juiz deve nomear um defensor para o interditando. Se o pedido for efetuado por outro dos legitimados ativos, cabe ao representante do Ministério Público defender o supostamente incapaz.

A seguir reproduz-se uma decisão que ilustra a exigência legal de nomeação de um defensor para o interditando ao declarar nula a citação de uma pessoa considerada “louca”, cujo processo de interdição encontrava-se em curso.

CITAÇÃO – Pessoa atacada de loucura mas não interditada – Nulidade.
É nula a citação da mulher feita a requerimento do marido, que havia pedido a sua interdição por loucura e retardou o respectivo processo, evitando, desse modo, que a defesa melhor se desenvolvesse com um curador efetivo. (SÃO PAULO, 1932, p. 436).

Os efeitos legais produzidos pela sentença de interdição dos “loucos de todo gênero”, desde a sua prolação, são, em conformidade com Clóvis Beviláqua (1975, p. 928-9): a anulabilidade dos atos praticados antes, posto não ter sido, ainda, o doente mental considerado incapaz e a nulidade de todos os atos praticados depois, em razão da declaração da incapacidade absoluta do interdito. Na hipótese de a sentença ser reformada, os atos praticados desde a sua prolação até a sua reforma são válidos (art. 452 do CC).

A sentença que decreta a interdição do pródigo tem o condão de tornar anuláveis os atos por ele praticados e que demandariam a participação do curador. (art. 459 do CC).

É interessante ilustrar com um trecho de um acórdão a diferença entre a incapacidade decorrente de transtorno mental e a gerada por prodigalidade.

LOUCURA – Venda de bens da massa de um fallido louco – Falta de annuencia sua ou de representante legal – Nullidade.

Entendeu, s. exa. que era necessário distinguir entre a incapacidade resultante da interdição por prodigalidade e da incapacidade que se deriva da alienação mental. “Na do pródigo, a incapacidade começa a existir depois da publicação da interdição, porque ella é antes um effeito da lei do que de causa natural, sendo validos todos os actos praticados pelo pródigo até aquella data. já o contrario se dá na demencia: a sentença de interdição não cria a incapacidade do demente, verifica e declara tão somente um facto pre-existente, que lhe serve de causa.

Dahi provem que a incapacidade do demente não data da sentença da interdição, mas do momento em que começa de existir a causa, a saber: a imbecilidade, a demência ou furor”. (SÃO PAULO, 1926, p. 162).

A curatela pode ser levantada quando o interditado recuperar sua saúde mental. Não se suspende a curatela se e quando houver “intervalos lúcidos”.

Em se tratando de prodigalidade, o levantamento da curatela, que é limitada, dependerá da cessação da incapacidade que a determinou ou da inexistência dos parentes que a requereram (art. 461 do CC).

Pontes de Miranda (1983, v. 1, p. 213) afirma que a interdição atinge a capacidade civil, mas não a penal, ou seja, o interdito é incapaz para a prática de atos civis, de negócios jurídicos, contudo, se praticar um ato ilícito penal, deve alegar e produzir provas acerca da sua irresponsabilidade. E continua Pontes de Miranda: “não há interdição que crie incapacidade; apenas declara existir a incapacidade para atos jurídicos e constitui a situação para as medidas pertinentes e o respectivo tratamento jurídico.”

3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: FORMAÇÃO

3.1 O Primeiro governo de Vargas e a formação do Estado de Bem-Estar Social no Brasil

O primeiro governo de Getúlio Vargas, iniciado em 1930, marca a formação do Estado de Bem-Estar Social brasileiro. O Estado de Bem-Estar Social tem como um dos seus objetivos garantir à população o acesso aos denominados direitos sociais ou de segunda dimensão, cujos bens jurídicos tutelados são a educação, a saúde, a moradia, dentre outros, ou seja, aqueles bens devidos ao indivíduo enquanto pertencente a um grupo ou a uma coletividade.

De acordo com Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998, v. 1, p. 417) o *Welfare State* origina-se na Inglaterra, nos primórdios do século XX, mas sua consolidação ocorre apenas na década de 40 do século passado e tem como princípio fundamental:

Independentemente da sua renda, todos os cidadãos, como tais, têm direito de ser protegidos - com pagamento de dinheiro ou com serviços - contra situações de dependência de longa duração (velhice, invalidez...) ou de curta (doença, desemprego maternidade...). (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, v. 1, p. 417).

A oferta pecuniária ou de serviços - pelo Estado ou por terceiros por ele designados - e as ações político-legislativas governamentais que possibilitam minorar o ônus de uma ou várias dessas situações de dependência são denominadas políticas públicas e se voltam para os referidos direitos sociais. As

[...] políticas públicas possuem um objeto construído a partir da experiência social, constituindo-se de um complexo de decisões políticas e normas jurídicas. **O processo de elaboração de uma política pública, assim, envolve atos e decisões não só do governo e dos governantes, mas também [de] representantes da sociedade privada.** (SANT'ANNA; MESTRINER, 2006, p. 348, grifos nossos).

A conquista dos direitos sociais, em todo o mundo, possui conexão íntima com as reivindicações feitas pela classe operária, por meio dos seus sindicatos e associações (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, v. 1, p. 417).

No Brasil, é notória a grande ênfase dada, por Getúlio Vargas, aos direitos sociais e, em especial, aos direitos do trabalhador, tanto na seara da sua relação laborativa propriamente dita - Direito do Trabalho - como no âmbito assistencial, em que se verifica mais uma relação jurídica entre o indivíduo e o Estado - Direito Previdenciário.

Apesar de se constituir, também, em um direito social e de se encontrar sob a mesma pasta ministerial da assistência social, não se verifica no governo Vargas uma aproximação entre políticas públicas em saúde - de cunho predominantemente coletivo - e em previdência social - de caráter mais individual. Essa cisão ocasiona, em última instância, um grande avanço na assistência social às diversas categorias de trabalhadores, de um lado e, de outro, uma menor ênfase nas políticas de saúde pública do primeiro governo Vargas (1930-1945) (HOCHMAN; FONSECA, 1999, p. 80-1).

Nesse período, nos moldes das demais políticas públicas varguistas, estabelece-se um sistema de saúde pública centralizado pelo poder público federal, a quem compete coordenar as ações dos demais entes da federação - estados-membros e municípios - buscando, assim, assegurar uma maior racionalidade à gestão pública.

Para consolidar essa concepção político-institucional, é criado, pelo Decreto n. 19.402, de 14 de novembro de 1930, o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP) e regulamentado pelo Decreto n. 19.560, de 05 de janeiro de 1931.

Esse novo ministério assume as atribuições relativas à saúde e à educação, que eram anteriormente delegadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Ao longo dos quatro primeiros anos do governo Vargas, o MESP é coordenado por três ministros - Francisco Campos, Belisário Penna e Washington Ferreira Pires - até a posse de Gustavo Capanema, responsável pela grande reestruturação ocorrida nesse segmento da administração pública federal.

Capanema assume o Ministério da Educação e Saúde Pública em 1934 e implementa, em 1937, uma reforma administrativa que leva o seu nome: *Reforma Capanema*. Essa mudança, que se inicia com a alteração do nome do próprio ministério - agora nomeado Ministério da Educação e da Saúde (MES) - abrange tanto a área da saúde como a da educação.

No MES, as políticas em saúde pública são formuladas no âmbito do Departamento Nacional de Saúde (DNS), cuja direção fica por anos nas mãos de João de Barros Barreto (1937-1939 e 1941 a 1945), que implementa muita das modificações introduzidas na saúde, tais como a instituição das delegacias federais de saúde (DFSs), dos serviços nacionais de saúde (SNS) e das conferências nacionais de saúde (CNSs) (HOCHMAN; FONSECA, 1999, 2000; HOCHMAN, 2005).

As DFSs são implantadas em oito regiões do país, com o objetivo de representar o Ministério e estreitar as relações entre a União e os estados, por intermédio dos serviços sanitários estaduais.

Os estados de São Paulo e Minas Gerais vinculam-se, respectivamente, à 6ª e à 8ª DFSs. A DFS da sexta região abrange São Paulo e Mato Grosso, tendo como sede a cidade de São Paulo e a da oitava região engloba Minas Gerais e Goiás, sendo Belo Horizonte a sua sede.

Às Delegacias Federais de Saúde competiria fazer a inspeção dos serviços federais de saúde, além de superintender as atividades que se tornassem necessárias à efetivação da colaboração da União nos serviços locais de saúde pública e de assistência médico-social. (FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 1955, p. 33).

Em 1941 são criados os SNSs e ocorre a I CNS, cuja finalidade é propiciar aos gestores estaduais um espaço de reflexão e tomada de decisões voltadas para a saúde pública.

Os SNSs são voltados, na sua maioria, para o combate a epidemias como febre amarela, peste, tuberculose e malária. Dentre os doze SNSs encontra-se o de Doenças Mentais, cuja organização foi alterada em 1944 pelo Decreto-Lei n. 7.055.

O Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) foi organizado por Aduino Botelho, seu diretor por quase duas décadas e responsável pela implantação de hospitais-colônias em muitas capitais da federação, bem como pela instalação, na capital federal, do Centro Psiquiátrico Nacional (atualmente denominado Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira), composto pelo hospital psiquiátrico, pelas colônias, hospital infantil e hospital para portadores de neurosífilis. É responsável, também, pela propagação dos ambulatórios de saúde mental, a partir de 1944, iniciada com o consultório de psico-higiene, no Rio de Janeiro (VENÂNCIO, 2003, p. 897).

Os principais efeitos dessa reestruturação ministerial perduram até o ano de 1953, quando é criado, no segundo governo de Getúlio Vargas, o Ministério da Saúde (HOCHMAN; FONSECA, 1999, p. 82).

Dentre os resultados dessas políticas públicas em saúde, destaca-se, em saúde mental, a edição do Decreto n. 24.559/34, conforme será visto.

3.2 A visão eugênica da psiquiatria e seus reflexos nas políticas públicas

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada em 1923, no Rio de Janeiro, por Gustavo Riedel, “[...] teve por meta “aperfeiçoar e reformar a assistência psiquiátrica. É uma influência marcante na ação da Psiquiatria no Brasil por muitos anos [sobretudo no período de 1920 a 1930].” (RIBEIRO, 1999, p. 23; SILVA, 1979, p.166; VENÂNCIO, 2003, p. 891).

Sua criação, consoante Silva (1979, p. 166), resulta da influência européia e dos países da América do Norte. Em 19 de fevereiro de 1909 funda-se o Comitê Nacional de Higiene Mental, nos EUA, em 1918, no Canadá (Comitê Canadense de Higiene Mental), em 1920 na França (Liga Francesa de Higiene Mental), em 1923 na Bélgica (Liga Nacional Belga de Higiene Mental). Em 1922 é criado o Comitê Internacional de Higiene Mental.

Nesse mesmo ano inicia-se um processo de assistência social ao trabalhador que só incluirá o doente mental em 1941, conforme se verá. É a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 37; RIBEIRO, 1999, p. 61).

Entretanto, no final da década de vinte, ocorre uma metamorfose na concepção de tratamento mental da Liga Brasileira de Higiene Mental, mais uma vez sob influência da tendência estrangeira, em especial, alemã: a preocupação com o aperfeiçoamento dos cuidados com o portador de transtornos mentais cedeu lugar à visão eugênica.

Referida transformação não foi ocasional.

A eugenia chegava ao país num momento oportuno. A intelectualidade brasileira enfrentava, na época, graves problemas ideológicos... um período de convulsão. [...]. O Brasil estava sacudido por revoltas sociais e crises econômicas, não por questões históricas ou políticas, mas – segundo eles – por causa do clima tropical e da constituição

étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque, o calor e a mistura com “raças inferiores” tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. [...] A eugenia representava a canção científica definitiva das intenções racistas (dessa intelectualidade). Com a eugenia, o racismo entrava na sua era “científica”, pois sentia-se legitimado pela Biologia. (COSTA *apud* RIBEIRO, 1999, p. 26).

A modificação introduzida pela Liga e sua concepção eugênica reflete-se nas estratégias de assistência em saúde mental adotadas na época, exigindo a formulação de campanhas, serviços abertos, ambulatorios, em detrimento do até então dominante internamento hospitalar. Apesar de ter perdido o monopólio da assistência em saúde mental, o hospício mantém-se enquanto elemento necessário à própria política de higiene mental em implantação (VENÂNCIO, 2003, p. 891).

Tal mudança deve-se, segundo Costa (1981 *apud* RIBEIRO, 1999, p. 27) ao fato de a influência da psiquiatria alemã extrapolar os limites do modelo assistencial e estender-se à problemática sócio-cultural específica da sociedade brasileira, que era e é, notadamente, heterogênea. Para Costa (1981 *apud* RIBEIRO, 1999, p. 27): “O ideal eugênico da Psiquiatria alemã teve seu receptáculo, não nas teorias psiquiátricas científicas, mas no contexto político-ideológico dos anos 20-30.”

Os tentáculos do higienismo também se fazem sentir nas escolas de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. No Rio de Janeiro, há uma ênfase nos estudos voltados para a higiene pública, onde se destacam os trabalhos de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. Na Bahia, a pesquisa é centrada na medicina legal e nas doenças mentais (SCHWARCZ, 1993, p. 199).

A tendência higienista apresenta-se, também, no Direito. A higiene, a saúde pública são objetos de atenção tanto na Faculdade de Direito de Recife como na de São Paulo, já na primeira década do século XX. “Nos anos 20, higiene, saúde e educação se transformam nos grandes temas da revista [*Revista Acadêmica da Faculdade de Direito do Recife*], como se fosse preciso encontrar ‘um pouco de evolução em meio a tanta degeneração.’” (SCHWARCZ, 1993, p. 168).

As explicações para temas como criminalidade, emanadas da sociologia e da antropologia, são substituídas pela medicina, seu modelo sanitarista e seus especialistas: o higienista e o perito médico-legal. Contudo, a atuação desses cientistas é considerada secundária, estando subordinada ao agir do jurista, que seria o responsável pela decisão final (SCHWARCZ, 1993, p. 179).

Independentemente do contexto em que se apresenta, o discurso e as práticas higienistas repudiam e combatem a miscigenação racial do povo brasileiro, atribuindo-lhe todas as mazelas existentes no país: o relativo atraso econômico e político em relação à Europa, a criminalidade, a loucura, dentre outros e oferecendo como solução para o saneamento do país a esterilização dos doentes crônicos, sobretudo os doentes mentais e os loucos (SCHWARCZ, 1993).

3.3 O Decreto n. 24.559/1934

Em 3 de julho de 1934, uma nova legislação voltada para a atenção psiquiátrica é sancionada: o decreto n. 24.559, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos.

Esse decreto sistematiza e sintetiza os pilares da terceira reforma psiquiátrica brasileira, pois, consoante Tenório (2002, p. 27) “[...] a consolidação da estrutura manicomial do Estado na Era Vargas deu-se como um desafio reformista.”

Apesar de ter sido editado no mesmo ano, o decreto n. 24.559 é concebido num momento anterior à promulgação da Constituição de 1934, que, dentre outros feitos, reafirma a importância dos estados - por meio do princípio federalista e, concomitantemente, aumenta o poder da União nas questões relativas à ordem econômica e social (FGV-CPDOC, 2006).

Essas duas questões constitucionais - fortalecimento dos estados e incremento do poder federal em matéria social - refletem-se diretamente no desenho das políticas públicas em saúde durante o governo Vargas.

O decreto n. 24.559/1934 também é anterior ao início da gestão de Gustavo Capanema, no Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), tendo sido assinado pelo então ministro Washington Ferreira Pires.

Esse decreto vige por 66 anos, até a promulgação da lei n. 10.216/2001, que atualmente regula a temática dos direitos dos portadores de transtornos mentais, no Brasil. Ao longo desse período, convive com diferentes realidades sócio-político-jurídico-ideológicas, de acordo com o que será exposto.

Enquanto a legislação anterior se propõe a reorganizar a assistência aos psicopatas, no Distrito Federal, essa norma tem abrangência nacional e propósitos mais amplos, quais sejam: a) promoção da profilaxia mental; b) assegurar a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas; c) fiscalização dos serviços psiquiátricos.

Antes da edição do decreto n. 24.559/1934, a assistência a psicopatas é desvinculada do Ministério da Justiça e Negócios Interiores pelo decreto n. 19.518, de 22 de dezembro de 1930 e, desde então, integra o Departamento Nacional de Assistência Pública (DNAS), estando subordinada à assistência hospitalar. O manicômio judiciário, por sua vez, permanece vinculado ao Ministério da Justiça, em conformidade com o referido decreto, até a edição do decreto n. 20.109, de 15 de junho de 1931, quando passa para a jurisdição do Departamento de Assistência Pública do Ministério da Educação e da Saúde (FGV, 1955, p. 8; p. 20).

De acordo com o decreto n. 24.438, de 21 de junho de 1934, a Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental é composta pelas seguintes modalidades de serviços em saúde mental: a) serviço de profilaxia mental; b) hospital psiquiátrico e todos os seus institutos (regime de internação aberta) e serviços; c) hospitais-colônias para psicopatas; d) manicômio judiciário; e) escola de enfermagem especializada e de assistência social (FGV, 1955, p. 51).

Após a Reforma Capanema, promovida pela lei n. 378/37, os serviços relativos à assistência aos psicopatas e à profilaxia mental, de abrangência nacional ou local, são coordenados pela Divisão de Assistência a Psicopatas, se promovidos pela União (FGV, 1955, p. 31).

A ênfase na prevenção, por meio da eugenia, da higiene psíquica e da profilaxia mental, marca o discurso psiquiátrico nas duas décadas anteriores e se mantém ao longo dos anos trinta, com uma roupagem mais racial, coletiva e menos individual. E essa tendência se faz notar no texto do decreto n. 24.559/1934.

3.3.1 A profilaxia mental, a higiene mental e a assistência aos psicopatas

A eugenia, a higiene mental e a profilaxia mental já se apresentam no discurso legislativo expresso no Decreto n. 24.559/1934, quando o art. 1º dispõe que a assistência a psicopatas e profilaxia mental deve contribuir para a realização da higiene mental, em sentido amplo, e para a profilaxia das doenças mentais, em sentido estrito.

A eugenia, até a primeira metade do século XX, designa “[...] o conjunto das técnicas que permitiam melhorar o patrimônio genético [físico e mental] de uma raça.” (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998, p. 215).

“Segundo Galton, que a criou em 1883: [a eugenia é] ‘o estudo dos meios subordinados à ação social, capazes de melhorar ou prejudicar as qualidades raciais das gerações futuras, quer física, quer mentalmente.’” (CESARINO JÚNIOR, 1943, p. 182).

A higiene mental, por sua vez, consiste na busca da manutenção e da melhoria da saúde mental.

A higiene protege o indivíduo, procurando criar em torno dele condições favoráveis de ambiente. – Ambiente pré ou post-natal, interior ou exterior. Impedir que um imbecil tenha filhos, é medida eugênica; proibir que um sífilítico se case antes de estar curado é providência higiênica [...] (CESARINO JÚNIOR, 1943, p. 182).

A higiene mental constitui-se, então, segundo Elso Arruda (1959 *apud* PORTOCARRERO, 2002, p. 54), numa ciência positiva, normativa e aplicada. Sua positividade decorre da já mencionada busca da manutenção da saúde mental e da prevenção da manifestação dos distúrbios psíquicos. A normatividade apresenta-se na medida em que a higiene mental estabelece normas ou aplica as já existentes, submetendo o seu público alvo (população em sentido amplo) à observância dessas normas. É aplicada na medida em que a produção do seu saber e das suas normas intenta a ação, ou seja, a utilização nos diferentes segmentos da sociedade.

A profilaxia mental caracteriza-se por medidas que visam a impedir a manifestação do transtorno mental (LOPES, 1954 *apud* ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 21).

Esse caráter preventista da psiquiatria brasileira, quer no âmbito individual, quer no social, recebe uma decisiva contribuição da genética, cujos estudos são

retomados no início do século XX e se encontram em franca expansão, principalmente na medicina.

Esta concepção relativa na apreciação do grau de eugenismo ou de indesejabilidade constitui, a nosso ver, o principal progresso na aplicação social da genética humana. Realmente, o indivíduo indiscutivelmente eugênico e convergente quanto a todos os traços da personalidade moral e somática não existe senão como abstração. Daí, a necessidade de sopesar, pelo aspecto da transmissão biológica e do resultado final para a espécie humana, os vários traços da personalidade. E seguramente isto faz com que o campo principal da genética humana seja o mundo subjetivo, estudado na arte médica pela psiquiatria. (SILVEIRA, 1956, p. 119).

Abaixo, a fala do professor e psiquiatra José Leme Lopes, no encerramento da sua conferência intitulada *O problema da herança em Psiquiatria*, corrobora o anteriormente exposto acerca do cunho preventivo, com ênfase na problemática racial, adotado pela psiquiatria brasileira quando afirma:

Concluindo, podemos dizer que encontramos hoje em dia uma especialização bem caracterizada dentro da psiquiatria: a **heredopsiquiatria**. Esse é um terreno absolutamente virgem em nosso país. As dificuldades inerentes ao problema se agravam entre nós pela **mestiçagem intensiva**, pela **miscigenação de correntes imigratórias múltiplas**, pela dispersão territorial da população. Os estudos iniciais sobre a incidência das psicoses endógenas [esquizofrenia e a psicose maniaco-depressiva, hoje denominada transtorno bipolar] na população média poderiam ser levados a efeito em centros de população brasileira bem fixada (como algumas velhas cidades de Minas Gerais) e aí prosseguidos os levantamentos de árvores genealógicas. Não devemos tomar os dados obtidos em meios diferentes como pontos de referência fixos, precisamos obter os nossos próprios. Essa uma tarefa que apontamos às autoridades encarregadas dos serviços oficiais.

Vistos assim em conjunto os frutos da pesquisa genotípica em psiquiatria, não são eles muitos, nem todos seguros. Ainda não possui a heredopsiquiatria elementos de que a sociologia ou a política se utilizem. As medidas mutiladoras decretadas por legisladores fanáticos racistas não encontram apóio na objetividade dos dados científicos. **Ainda o esclarecimento individual é a única medida de psico-higiene recomendável.** (LOPES, 1945, p. 77, grifos nossos).

3.3.2 A proteção legal aos psicopatas

Visando a assegurar a proteção legal e o tratamento dos psicopatas, instituiu-se um Conselho de Proteção a esse grupo de pessoas, composto por profissionais de diferentes segmentos, tais como magistratura, polícia, psiquiatria clínica, academia, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e instituições privadas de assistência social (art. 2º, *caput*).

O termo psicopata utilizado no texto normativo mantém a terminologia adotada pelo seu antecessor - Decreto n. 5.148A, de 10 de janeiro de 1927 -, reafirmando, desse modo, a rejeição à expressão *loucos de todo o gênero* adotada no Código Civil de 1916.

A diversidade na composição desse Conselho indica um esforço multidisciplinar, até então inexistente, na fiscalização das ações voltadas para a atenção aos enfermos mentais. Contudo essa multidisciplinaridade não encontra reflexo na composição das equipes de saúde mental e no tratamento dado aos doentes mentais.

A magistratura faz-se representada pelos juízes de órfãos e de menores. A indicação dessas duas categorias de juízes justifica-se na medida em que esse decreto contempla, expressamente, pela primeira vez na legislação pátria, a atenção médica e legal aos menores portadores de transtornos mentais (art. 3º, § 2º).

A infância é foco de intensa atividade legislativa e social no primeiro governo de Getúlio Vargas, sobretudo no âmbito trabalhista e assistencial (FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 1955; HOCHMAN; FONSECA, 1999, 2000; HOCHMAN, 2005).

Ao juiz de órfãos e sucessões - atualmente juiz de família - compete julgar as questões afetas à sucessão *causa mortis*, tais como inventários e testamentos, bem como situações envolvendo menores órfãos como, por exemplo, nomeação ou destituição de tutores ou curadores (em caso de menores portadores de transtornos mentais) e prestação de contas de tutores ou curadores (TOSTES MALTA; LEFÈVRE, 1987, p. 490).

Ao juiz de menores - atualmente denominado juiz da infância e da juventude - por sua vez, compete processar e julgar, com base na legislação vigente, os atos infracionais praticados pelos menores de idade, bem como os impetrados contra a sua integridade física, mental e moral, promovendo a aplicação das medidas administrativas e judiciais relativas à sua guarda, assistência, tratamento, educação e proteção (DINIZ, 1998, v. 3, p. 11; TOSTES MALTA; LEFÈVRE, 1987, p. 490).

A presidência e a vice-presidência do conselho é do Ministro da Educação e da Saúde e do diretor da Assistência aos Psicopatas, respectivamente (art. 2º, § 1º). Há, dessa forma, uma centralização do poder nas mãos dos representantes do Poder Executivo Federal, em conformidade com o perfil político-administrativo do governo Vargas.

Cabe ao Conselho, de acordo com o disposto nos incisos I e II, § 2º do art. 2º: a) o estudo dos problemas sociais envolvendo os doentes mentais; b) a propositura e coordenação de políticas públicas voltadas para a atenção em saúde mental, no âmbito federal; c) colaboração com os órgãos de propaganda de higiene mental. Nesse período, o Ministério da Educação e da Saúde conta com o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, responsável pela promoção do “[...] desenvolvimento da cultura sanitária do povo, pela divulgação de conhecimentos de higiene individual e de saúde pública, inclusive os relativos à criança.” (FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 1955, p. 39); d) cooperação com entidades públicas e privadas de caráter humanitário, cujo objetivo seja o combate aos grandes males sociais, dentre os quais figuram as doenças mentais.

Esse Conselho é extinto em 1944, pelo decreto-lei n. 7.055 e suas atribuições são assumidas pela Seção de Cooperação do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

O art. 3º do decreto n. 24.559/1934 estabelece que a proteção legal e a prevenção em saúde mental devem observar os “modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social.” Serão abordados, a seguir, os modernos preceitos na psiquiatria e na medicina social brasileiras, nesse momento histórico.

3.3.3 As teorias e os tratamentos psiquiátricos

A perspectiva somatogênica (concepção científica de que as causas do comportamento anormal são físicas) vigora nesse período e se reflete nas propostas de tratamento ao doente mental da década de 30 aos anos 50, no Brasil.

A psicocirurgia (lobotomia), por exemplo, modalidade de tratamento dos mentalmente enfermos através de intervenção cirúrgica no cérebro da pessoa, é utilizada no Brasil desde 1936 (LONGO; ARRUDA; FIGUEIREDO, 1956, p. 273).²⁷

²⁷ A psicocirurgia, leucotomia ou lobotomia teve origem nos EUA, em 1935, por meio do trabalho de dois cientistas – Fulton e Jacobsen – apresentado num congresso internacional de neurologia no mesmo ano. Essa técnica é desenvolvida pelo psiquiatra português E. Moniz, em uma instituição para portadores de transtornos mentais, localizada em Lisboa, tendo seu uso se difundido por todo o mundo. Moniz recebe, em 1949, o prêmio Nobel “[...] pela descoberta do valor terapêutico da leucotomia pré-frontal em certas psicoses.” Entretanto, a partir da década de sessenta há forte oposição a esse tipo de intervenção terapêutica, o que promove a retração do seu uso. Mas, países

Além da lobotomia, a aplicação de eletrochoque, convulsoterapia cardiazólica, insulinoaterapia, malárioterapia, piretoterapia, são “meios terapêuticos modernos” usados no tratamento dos sofredores mentais, agudos ou crônicos, desde a década de 30 (CEZAR, 1943, p. 64; VENÂNCIO, 2003, p. 895). É o que podemos depreender da “história da doença actual” do sr. J.F.G.F., casado, 35 anos, branco, internado em 1937 num estabelecimento psiquiátrico de Minas Gerais.

[...] No anno atrasado, em 1935 sofreu uma espécie de vertigem e após essa, mais outras com intervalos de dias. Levado para São Paulo [o paciente reside no interior do estado de São Paulo], após longos tratamentos, voltou sem que tivesse tido resultados. Ha pouco tempo, estando ocupado em colheita de café, sofreu nova vertigem após ter tomado muita chuva. D’essa vez foi mais forte e custou a voltar a têr conhecimento. Novamente reconduzido para São Paulo, tentaram aplicar-lhe **malariotherapia** o que não foi possível pois que, todas as vezes que o tentavam, sofria novas e fortes vertigens. (grifos nossos).

Essas e outras formas de tratamento são voltadas para os usuários dos serviços psiquiátricos, quais sejam, os doentes mentais, adultos e crianças, os toxicômanos e os habitualmente intoxicados.

3.3.4 As modalidades de serviços psiquiátricos

O Decreto n. 24.559/1934 propõe como modalidade assistencial aos psicopatas predominante a internação hospitalar. O tratamento dos denominados psicopatas e dos toxicômanos e intoxicados habitais dá-se em estabelecimentos públicos ou privados. O atendimento ao doente mental, em hospital geral, só pode ser oferecido se houver um setor destinado exclusivamente para a atenção psiquiátrica. Para os doentes mentais que venham a praticar crimes em razão da sua doença, o Estado fornece assistência em manicômio judiciário. Os menores de idade que requeiram tratamento psiquiátrico devem recebê-lo em estabelecimento

como a Índia e o Japão, adotam a psicocirurgia, em especial com crianças “hiperativas” (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998, p. 312-3).

voltado para esse tipo de usuário ou devem receber assistência em seções especiais de outros estabelecimentos psiquiátricos. O decreto considera “estabelecimento psiquiátrico” os já mencionados setores especializados dos hospitais gerais, assim como os de asilos de idosos, casas de educação ou outros estabelecimentos de assistência social.

As exceções à regra, ou seja, as únicas modalidades de assistência não asilar previstas pelo Decreto n. 24.559/1934 são a assistência heterofamiliar oferecida pelo Estado e a assistência domiciliar oferecida pela própria família do paciente ou por outra família. A prestação de assistência heterofamiliar fica condicionada à capacidade de proporcionar os cuidados que o doente exige e ao número máximo de três enfermos mentais por domicílio. A manutenção desses pacientes em tratamento domiciliar é obstaculizada caso eles representem perigo de vida para si ou para outrem ou gerem problemas para a ordem e a moral pública, quando, então, devem ser recolhidos a estabelecimento psiquiátrico (art. 10).

Essa proposta terapêutica e ao mesmo tempo de segregação - assistência heterofamiliar - é inspirada na experiência bem sucedida de Gheel, cidade belga, cujos habitantes, desde o século VII, acolhiam em suas casas, integrando-os às suas vidas e atividades, portadores de transtornos mentais que ali permaneciam, em razão de nessa localidade se encontrar a igreja de Santa Dimphne, a protetora dos doentes mentais. “Posteriormente, o Estado incorporou essa experiência espontânea realizada pelos moradores de Gheel, construindo na localidade um Hospital Central para atender aos casos agudos e às intercorrências.” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p.20; FOUCAULT, 1991, p. 11; PORTOCARRERO, 2002, p. 134).

Ainda pode-se observar nesse decreto uma grande preocupação com a ordem e a segurança pública que, supostamente, podem ser perturbadas pelo comportamento dos doentes mentais que, por isso, devem, sempre que possível, ser segregados do convívio social. Daí a ênfase na modalidade hospitalar de assistência psiquiátrica expressa nessa norma.

Apesar de serem o sustentáculo do sistema de atenção psiquiátrica, ora em análise, para que esses estabelecimentos psiquiátricos obtenham autorização de funcionamento, quer sejam públicos, quer sejam privados, devem cumprir um rol de exigências jurídico-administrativas e técnico-científicas dispostas nos arts. 4º a 6º do decreto.

Primeiramente, a administração deve ser efetuada por portadores de título em clínica psiquiátrica ou livre docentes em psiquiatria, emitido por uma das faculdades de medicina do país ou por instituição oficialmente reconhecida ou ainda por profissionais que tenham trabalhado em instituição pública ou privada autorizada, no Brasil ou no exterior, por, pelo menos, dois anos. O corpo clínico e administrativo deverá ser, comprovadamente, idôneo, moral e profissionalmente.

O estabelecimento deverá manter plantão médico permanente e estar instalado em local adequado, assim considerados aqueles que possibilitem a separação dos pacientes por sexo e natureza da doença, disponham de áreas livres para o lazer e atividades físicas dos pacientes e possuam recursos técnicos adequados ao tratamento requerido pelos pacientes.

Cumpridas as formalidades anteriormente mencionadas, os dirigentes dos **estabelecimentos psiquiátricos privados** devem, ainda, informar o poder público acerca do número de pacientes que a instituição comporta e pretende atender, o seu público alvo - se apenas portadores de transtornos mentais ou toxicômanos - e o **regime** da assistência que proporcionará aos pacientes, se **aberto ou misto**.

Qualquer alteração no número de pacientes a serem atendidos ou na estrutura física da instituição deve ser informada à comissão inspetora e à repartição de engenharia para as devidas averiguações. As atribuições conferidas às comissões inspetoras são transferidas, em 1944, para a Seção de Cooperação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, conforme dispõe o Decreto-Lei n. 7.055/1944.

As **instituições psiquiátricas públicas** podem oferecer atendimento em **regime fechado, misto e aberto**.

A seção aberta de estabelecimento misto ou o estabelecimento aberto podem receber os psicopatas, os toxicômanos e os intoxicados habituais, que requeiram tratamento, quer em virtude do seu comportamento, quer em decorrência de estado de abandono; pessoas com prognóstico de doença mental que ofereçam risco para si mesmo ou para terceiros, perturbem a ordem ou ofendam a moral pública e não gerem resistência à internação; indivíduos que, por determinação judicial, requeiram avaliação da sua capacidade civil.

O processo de internação de pacientes toxicômanos ou intoxicados habituais é disciplinado pelo presente decreto e, também, pelo decreto-lei n. 891, de 25 de novembro de 1938, que dispõe no seu capítulo III, acerca da sua internação e interdição civil.

N. J. O., médico, solteiro, 40 anos, branco, com diagnóstico de “opiomania”, é um exemplo de paciente toxicômano cujo tratamento pode ser realizado em regime aberto.

O paciente dá entrada em uma instituição psiquiátrica privada, sem fins lucrativos, localizada em Minas Gerais, em 02/05/1937 tendo sido retirado em 06/04/1938, com um prognóstico desfavorável - “situação moral para um médico de tal ordem que fica [...]”

Consta no livro de registros o relato minucioso de todo o processo de intoxicação, conforme abaixo:

Diz o próprio paciente que seu vício, sua tortura, data de 6 anos mais ou menos, por ocasião da morte de sua mãe. Desgostoso com a perda da progenitora, tomou uma ampola de Chlorydrato??? de morfina. Conseguiu dormir causa pela qual se esforçava bastante, sem resultado. Na noite seguinte a mesma cousa. Pouco tempo depois, resolver associar á morfina, 1 ampola de sedol. Sentindo bom resultado, foi aumentando a dose a ponto de tomar uma caixa de 12 ampolas de 0,02 de morfina e algumas ampolas de sedol, por dia. Reconhecia, como medico, o engano, a ilusão d’esse bem estar e previa as conseqüências aterradoras do seu acto. Infelizmente, não sabia resistir, parecendo mesmo que uma força desconhecida o impelia para o vício. Na falta d’esses entorpecentes, tomava qualquer outro – luminol?, gardenal, beladenol, etc. sempre ministrando uma com a outra e muitos comprimidos de cada vez. Nos últimos dias, estava em estado desesperador, sahindo altas horas da noite, andando sem destino e tendo sido, por vezes, quasi vítima de accidentes fataes. Verdadeiras alucinações, vendo bichos hediondos, animais phantasticos, penetrarem no seu quarto para devoral-o [...]

Passa por duas novas internações de 19/08/1939 a 28/10/1939 e no período de 03/03/1940 a 05/05/1941.

A primeira, de 19/08/1939 a 28/10/1939, é, aparentemente, facultativa (voluntária) e a requerimento do próprio interessado, pois não consta nenhuma requisição policial, apenas um atestado médico datado de 17 de agosto de 1939 atestando que a referida pessoa “[...] tem necessidade de se internar. Não é portador de moléstia infecto-contagiosa.” Reza o art. 29, § 6º do referido decreto-lei, que o tratamento deve ocorrer em estabelecimento psiquiátrico ou hospitalar particular submetido à fiscalização oficial, o que, de fato, ocorre, neste caso.

Se a internação é facultativa, como parece ser no caso relatado, é efetuada “[...] quando provada a conveniência de tratamento hospitalar, a requerimento do interessado, de seus representantes legais, cônjuge ou parente até o 4º grau colateral inclusive” (arts. 11, b, do decreto n. 24.559/1934 e 29, § 3º do decreto-lei n. 891/1938). Contudo, se a internação, nesse exemplo, foi solicitada pelo próprio

paciente, há o descumprimento do preceituado na última parte do § 1º do referido art. 11 do decreto n. 24559/1934, qual seja, “[...] o paciente apresentará por escrito o pedido, ou a declaração de sua aquiescência.”

Pode-se dizer que a norma foi descumprida porque consta no livro de registros do referido paciente, uma declaração de internação, padrão, não assinada, datada de 18 de agosto de 1939, onde o responsável legal ou aquele que procede à internação deve se comprometer a retirar o paciente, após 60 dias de internação, caso o diretor do estabelecimento informe que o doente é incurável. O responsável pela internação deve, ainda, responsabilizar-se pelo pagamento mensal da internação e pelos medicamentos fornecidos ao paciente, “[...] uma vez que não deixe uma conta aberta sobre minha responsabilidade em umas das farmácias do lugar.”

Outra declaração, de retirada do paciente, datada e assinada em 28 de outubro de 1939, encontra-se dentre os documentos analisados. A data indica que a saída do paciente ocorre dez dias após o prazo máximo de dois meses, violando as normas institucionais - já que o decreto não estabelece um prazo mínimo e nem máximo para a internação - que se dá à revelia da orientação do diretor do estabelecimento, ferindo o preceituado no art. 29, §9º do decreto-lei n. 891/1938, que determina a necessidade de o paciente estar curado para receber alta médica ou a comunicação às autoridades sanitárias competentes da sua retirada da instituição, antes do término do tratamento, o que exige a transferência do doente para outro estabelecimento.

Suas internações, por seu turno, mostram-se em consonância com o disposto pelo decreto-lei n. 891/1938, que estabelece a proibição de os toxicômanos ou intoxicados habituais serem tratados em domicílio (art. 28).

Entretanto, não se verifica nas páginas do livro de registros de internações, referentes ao paciente N. J. O., a observância do exposto nos seguintes parágrafos do art. 29 do decreto-lei n. 891/1938: informação às autoridades sanitárias competentes, em até cinco dias, pelo diretor do estabelecimento, da internação do toxicômano e a quantidade inicialmente ministrada, assim como a cada quinze dias, a diminuição feita na toxi-privação progressiva (art. 29, § 7º); comunicação da internação do toxicômano à autoridade policial competente e ao representante do Ministério Público a ser realizada pela autoridade sanitária (art. 29, § 8º); a obrigatoriedade de todo o estabelecimento público ou particular ter um livro de

registro especial para toxicômanos, em que são consignados os informes relativos à história clínica e ao tratamento (art. 29, § 12).

A não observância desses ou de qualquer dispositivo do decreto-lei n. 891/1938 que disponha sobre o tratamento e a internação dos toxicômanos enseja o pagamento de multa de um conto de réis a cinco contos.

Ainda abordando o atendimento em instituição psiquiátrica aberta ou seção aberta, pública ou privada tem-se, como exemplo de pessoa com prognóstico de doença mental que ofereça risco para si mesmo ou para terceiros, perturbe a ordem ou ofenda a moral pública e não gerou resistência à internação, o sr. E. N. S., casado, 42 anos presumíveis, moreno claro, também paciente de estabelecimento psiquiátrico privado, sem fins lucrativos, localizado em Minas Gerais. Ele permaneceu internado por vinte e cinco dias, entre 25/04/1937 e 20/05/1937, quando é retirado do estabelecimento. Seu diagnóstico não denota nenhuma manifestação de doença mental - “nada constou enquanto esteve internado” - e seu prognóstico resta “prejudicado”. É, por certo, um paciente cuja internação deveria ter sido efetuada em estabelecimento de regime aberto, conforme determina a legislação.

Consta na “história da doença actual”, que:

Ha pouco tempo os jornais da cidade noticiaram que um indivíduo que ainda não pudera sêr reconhecido, ficara de atalaia pelas ruas escuras e mal iluminadas e sempre que deparava com senhoras e moças que não estivessem acompanhadas, ele segurava a força para beijal-as. Houve algumas vítimas dos seus assaltos que estavam se assustando cada vez mais a ponto de serem espalhadas várias patrulhas a procura do homem até que afinal foi preso. A pedido da delegacia, foi transferido para esse hospital. Era um louco, diziam. Quem era? De onde veio? Nenhuma informação a respeito. Ele mesmo ora dava um nome, ora outro, dizendo, as vezes, ignorar quem era sua família e outras, dando nomes para os Paes e pessôas conhecidas d’ele mesmo. Verdade? Não se pode obter nenhuma informação certa e mesma para [...] [suposta cidade de origem da pessoa] foram escriptas varias cartas com pedidos de informações mas nada se conseguiu.

Ele mesmo disse que, estando muito doente em [...] e sem recursos, veio para [...] afim de se tratar. Aqui chegando e não conseguindo recursos para isso, começou a perambular pela cidade. Beijava, de facto, as moças mas não fazia isso por maldade – era uma cousa qualquer que o induzia a assim proceder. Roubava também, mas por necessidade. Disse sêr casado e ter 5 filhos.

Importante destacar que, além dos dados de identificação do paciente, da história da doença atual, há registros acerca do “exame do doente”, onde é feita a descrição (quando não impressões) das suas características físicas - faces, estado psíquico, constituição, pele, gânglios linfáticos, nariz, ouvido, garganta, olhos, tórax,

abdômen, aparelhos circulatório e genito-urinário e sistema nervoso - e “quesitos”, composto de 30 itens, para a internação.

No “exame do paciente” podem ser lidas anotações tais como: **faces**: “physionomia revelando tristeza e dôr moral. Rosto comprido, testa curta, cabelos pretos, anelados, barba cerrada, queixo fino” (paciente 01); “facie grosseira, mas conformada. Rosto comprido, feições severas, queixo redondo, testa estreita e curta. Cabelos castanhos escuros, salvo, pouca barba” (paciente 02); “desconfiada, como se preparando para alguma eventualidade á aparecer - Rosto comprido, cabelos pretos, descuidados, bigode preto e aparado” (paciente 03); **tórax**: “tipo hyperesthenico - Sternalgia ligeira. Saliência óssea” (paciente 01); “tipo mesosthenico - Thorax amplo, largo, desenvolvido - ligeira esternalgia” (paciente 02); “amplo, bem desenvolvido, musculatura saliente. Caixa ossea visível” (paciente 03).

Dentre os itens dos “quesitos” de admissão, destacamos: “12 - entre os outros parentes [além dos pais e avós maternos e paternos] do ramo paterno e materno teve ou tem atualmente alguns sofrendo de loucura ou de molestia nervosa, de histeria, epilepsia ou paralisia?”; 13 - teve ou tem ascendentes alcoólicos ou sifilíticos, histéricos, epiléticos ou paralíticos?”; “16 - teve convulsões ou ataques e molestias nervosas infecciosas na 1^a e 2^a infancia?”; “18 - o doente teve ou tem hábitos alcoólicos e contraiu alguma vez infecção sifilitica?” ; “20- já esteve alguma vez acometido de histeria, epilepsia, ou de loucura? Quando e por quanto tempo?”; “24 - esteve ou tem estado agitado e furioso ou pelo contrário calmo e triste?”

Esses dois tipos de registros denotam uma clara concepção eugênica e de higiene e profilaxia mental, tal como impera no meio médico e psiquiátrico da época.

O relato detalhado de dados e diagnósticos dos pacientes, tal como apresentados, encontra-se em conformidade com o estabelecido nos arts. 15, 16, 17 e 24 do decreto n. 24.559/1934, que dispõem acerca da exigência de todo estabelecimento psiquiátrico manter registros, em livro próprio, rubricado pela Comissão Inspetora, dos dados de identificação do paciente, tais como nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, cor, profissão, estado civil e residência, data da sua entrada, assim como todos os documentos necessários à sua internação e o nome e endereço do seu responsável legal ou pessoa responsável pela sua internação e da elaboração de uma anamnese e do acompanhamento clínico do quadro mórbido, efetuado com detalhes, informando o estado físico e mental do paciente, dando ênfase a eventuais reações perigosas, latentes ou

manifestas. Além disso, o diretor de estabelecimento, quer aberto, misto ou fechado, deverá encaminhar, mensalmente, à Comissão Inspetora um relato do número de pacientes admitidos ou que receberam alta e as intercorrências relevantes do período.

A oferta de atendimento psiquiátrico, em regime fechado ou em parte fechada, só é permitida aos estabelecimentos públicos (art. 7º, § 2º do decreto n. 24.559/1934).

Os pacientes que podem ser acolhidos nessa modalidade de atendimento são os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, nas seguintes hipóteses: a) quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos abertos; b) os que, por suas reações perigosas, não devam permanecer em serviços abertos; c) aqueles 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.

Esse parágrafo denota, uma vez mais, a concepção de perigo social atribuída ao portador de transtorno mental. A preocupação com a preservação da ordem pública aparece em primeiro plano também nos arts. 10 e 25, § 1º, em detrimento do *telos* normativo que é a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas (TEIXEIRA, 1998, p. 8). Hélio Gomes confirma essa visão ao dizer em sua monografia de Medicina Legal (1968, p. 127), que

O alienado, por isso mesmo que não possui a razão, é um ser, via de regra, perigoso: mata, rouba, viola, depreda, pratica desatinos, comete desvarios, é mau reprodutor do ponto de vista eugênico e social, tende à mendicância e à vagaundagem.

Nos casos de simples suspeita de afecção mental, serão devidamente observados em secções próprias, antes da internação definitiva (art. 7º, § 3º).

Nesse sentido, decisão prolatada pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (1936, p. 59), em 11 de maio de 1936:

O esporádico acesso de loucura, sofrido pelo appellado, durante o processo, e logo desaparecido, não justificava a providencia da sua internação no Manicomio Judiciário, conseqüente á absolvição pelo jury, como reclamava a Promotoria agravante. O juiz decidiu acertadamente. A simples suspeita de doença mental, em contraposição á afirmação dos peritos, não era bastante para a providencia pleiteada, tanto mais que o appellado não soffria das faculdades mentais antes do crime, e parecia estar curado, na época do julgamento, do tal episodio psychopathico, que tivera próprio dos encarcerados.

O art. 8º do decreto n. 24.559/1934 estabelece a oferta, pelos estabelecimentos públicos, de serviço de assistência heterofamiliar aos pacientes crônicos, tranqüilos, como mecanismo de readaptação à vida social.

O primeiro manicômio a implantar essa modalidade de atendimento foi o Juquery, no início do século XX (PORTOCARRERO, 2002, p. 118).

A assistência heterofamiliar pode dar-se por meio da construção de residências, pelo Estado, no próprio terreno da colônia, a fim de que os pacientes crônicos considerados aptos à ressocialização possam reintegrar-se à comunidade, por meio do contato com seus cuidadores, geralmente enfermeiros e seus familiares.

Essa modalidade de atendimento presta-se a três finalidades. A primeira, é de ordem médica, na medida em que proporciona melhoria do quadro clínico do paciente há muito institucionalizado. A segunda tem caráter econômico, à proporção que diminui os gastos com o paciente. A última é de cunho médico-científico, cujo campo de atuação é ampliado, extrapolando os muros asilares e instalando-se na primeira célula da rede social: a família (PORTOCARRERO, 2002, p. 134-5).

A família é convocada a participar do processo de cura, ou, pelo menos, de melhoria da saúde mental dos seus - assistência homofamiliar - ou de outrem - assistência heterofamiliar - ao mesmo tempo em que também passa a ser alvo das políticas públicas de saúde mental (higiene e profilaxia mental). Mas, o hospital psiquiátrico não perde seu papel de espaço terapêutico privilegiado, constituindo-se, ainda, na mais importante alternativa de tratamento. É o que reasseguram os arts. 9º e 10 do decreto n. 24.559/1934 quando determinam a internação do sofredor mental sempre que sua presença for inconveniente à família ou constituir-se em ameaça para si mesmo, para a sociedade ou para a ordem pública.

Se a presença do doente mental constituir-se num problema familiar ou social, sua internação pode ser requerida por um familiar, assim considerados os parentes até 4º grau, inclusive, pelo seu responsável legal ou qualquer pessoa interessada que comprove o tipo de relação que mantém com o enfermo e informe o motivo da solicitação.

Essas mesmas pessoas possuem legitimidade para solicitar a desinternação do paciente, responsabilizando-se pelos cuidados para com o paciente. Sua saída não poderá ser recusada pelo diretor do estabelecimento, a não ser nas hipóteses que também podem motivar a sua internação, quais sejam: risco para si, para

outrem ou para a ordem social (art. 21, *caput*). Esse mesmo raciocínio é válido para os toxicômanos ou intoxicados habituais (art. 19).

Caso os familiares ou responsáveis legais pelo paciente diverjam em relação à sua retirada ou o diretor do estabelecimento se recuse a autorizá-la, a Comissão Inspetora deve ser comunicada para intervir, decidindo o impasse, na primeira situação e para conhecer os motivos da recusa, na segunda hipótese (art. 21, §§ 2º e 3º).

Em ambas as possibilidades, o que está em jogo são direitos do paciente, tais como sua liberdade de ir e vir, sua integridade física e mental, seu patrimônio de um lado, e o poder “tutelar” que é conferido às pessoas anteriormente mencionadas, de outro. Essa situação se configura na medida em que, o querer do internado, aliado ao exercício da sua autonomia da vontade, seus interesses e seus direitos encontram-se submetidos ao querer e ao agir de terceiros - familiares até o 4º grau de parentesco ou autoridades administrativas, policiais, religiosas, que, não necessariamente, são exercidos em seu benefício.

Para preservar ainda mais o paciente de eventuais abusos de poder, assegura-se o sigilo de correspondência, quando forem elas endereçadas a qualquer autoridade (art. 31).

Na hipótese do Poder Judiciário determinar a desinternação de paciente perigoso, o diretor do estabelecimento poderá argüir acerca da conveniência de tal decisão (art. 21, § 4º).

Tem-se aqui, mais uma vez, a disputa entre ciência (psiquiatria) e prudência (magistratura), acerca do destino do enfermo mental. Em última instância, o que está em jogo é: a quem compete dar a última palavra sobre a (in)sanidade mental do paciente? Uma vez o diretor opinando, contrariamente, à saída do paciente, o juiz estaria obrigado a acolher seu parecer? Não, pois sua decisão pauta-se pelo seu livre-convencimento, conforme preceitua o art. 157 do Código de Processo Penal. A prudência, mais uma vez se impõe sobre a ciência.

A internação em manicômio judiciário é determinada judicialmente (art. 11, § 3º), conforme corrobora um trecho de decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo, prolatada em 13 de fevereiro de 1936, onde se lê:

O réu constitue um perigo eminente para a segurança publica e deve ser segregado do convívio social, como opinam os peritos signatários do laudo de exame de sanidade mental. Já foi decidida na sentença appellada a sua internação no Hospício de Alienados. Nesse sentido, porém, recommendam ao juiz “a quo” que, em vez de internar o réu no

Hospício, **mande recolhê-lo ao Manicômio Judiciário, estabelecimento hoje destinado aos criminosos loucos.** (SÃO PAULO, 1936, p. 55, grifos nossos).

A internação por terceiros só se efetiva caso o requerente seja maior de idade, comprove ter tido contato com o paciente no máximo sete dias antes da solicitação de internação e porte atestado médico do paciente ou certificado da sua própria idoneidade. Essas duas últimas exigências são dispensadas quando a internação for determinada judicialmente.

Em sendo obrigatória a apresentação do atestado médico, esse “[...] poderá ser substituído por guia do médico da Secção da Admissão do Serviço de Profilaxia Mental [que supre, também, a ausência do atestado, quando a internação for requerida por autoridade policial], do chefe de qualquer dispensário da assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental ou do médico do respectivo hospital”, conforme dispõe o art. 12, § 1º), desde que o seja no prazo máximo de 15 dias, a contar da data em que tiverem sido firmados, não poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente. É o que reza o § 3º do art. 12.

Quer se trate de um atestado médico, quer de uma guia, em ambos deverá constar a natureza do transtorno mental ou as razões que fundamentem “[...] a necessidade ou conveniência de sua internação” (art. 12, § 4º).

São fatores impeditivos da emissão do atestado ou da guia o fato de o médico não ter seu diploma “registrado na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social”, ser o requerente da internação; ser parente consanguíneo ou afim em linha, reta ou colateral até o segundo grau, inclusive, do internando ou ser seu sócio comercial ou industrial (art. 12, § 2º, “a” a “d” do decreto n. 24.559/1934).

As medidas previstas nos arts. 11 e 12 do decreto n. 24.559/1934 visam a coibir o abuso de autoridade por parte das autoridades policiais e médicas, bem como o beneficiamento ilícito de terceiros e, dentre esses, de eventuais médicos que procurem se valer da sua atividade profissional para auferir vantagens pessoais, lesando indivíduos que suposta ou efetivamente estejam numa situação de dependência ou fragilidade em razão do seu estado de saúde.

Têm esse mesmo intuito as normas que dispõem acerca da admissão do enfermo originário de outro estabelecimento psiquiátrico, que só pode ser realizada mediante a apresentação de cópia autenticada dos documentos da primeira

internação e de declaração do estabelecimento de origem, informando o regime de internação e a necessidade de se dar continuidade ao tratamento (art. 13).

Objetivo semelhante têm as disposições legais que versam sobre a obrigatoriedade de se apresentar, no prazo de 48 horas, a contar da data de admissão do paciente, a entrega do certificado de identidade e do requerimento do representante legal do paciente, caso ele tenha sido internado em caráter de urgência (art. 14).

Independentemente da modalidade de estabelecimento em que se encontre internado - aberta, mista ou fechada - é proibida a permanência do paciente nas suas dependências, após o recebimento da alta médica, a não ser aqueles cuja internação foi efetuada por autoridade policial ou militar ou tiverem sua internação determinada pela sua respectiva corporação militar (art. 20).

Verifica-se aqui o disciplinamento dos corpos, tal como Foucault entende e, no caso dos militares, cuja internação ocorre em razão de uma ordem da corporação, esse disciplinamento mostra-se duplo.

Na hipótese de o paciente solicitar, mas não estar em condições clínicas de receber alta, o diretor do estabelecimento poderá conceder-lhe licença pelo período máximo de seis meses, após a emissão de parecer do médico assistente.

O médico assistente, por sua vez, poderá autorizar o paciente a viver fora do ambiente hospitalar, em caráter experimental, também pelo prazo máximo de seis meses, prorrogável por igual período, objetivando à promoção da sua reintegração ao meio social ou familiar, da sua cura, afastando-o do ambiente prejudicial à sua saúde, ou, a fim de evitar que o paciente fique exposto a um “contágio mental iminente” ou, por fim, para averiguar o grau de recuperação havido pelo paciente, permitindo-lhe, desse modo, o “[...] amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais.” (§§1º e 3º do art. 22 do decreto n. 24.559/1934).

Mais uma vez tem-se nesse parágrafo a temática da liberdade associada à doença mental. Sair do isolamento, da “alienação” que o espaço físico e a doença promovem e reintegrar-se ao convívio social, curar-se, recuperar suas “faculdades intelectuais e morais”, sua razão, seu livre-arbítrio, a si mesmo, na medida em que a “alienação” consiste em tornar-se estranho a si mesmo e ao outro, é, em última instância, ser livre (AMARANTE, 1996, p. 44).

Dentro do período máximo de licença - seis meses - ou de evasão - trinta dias - , em caso de fuga, o paciente poderá retornar ao estabelecimento de origem,

sem qualquer exigência formal, se as razões da internação anterior persistirem (art. 22, § 3º e art. 23).

3.3.5 O serviço de profilaxia mental

O decreto n. 24.559/1934 estabelece no seu art. 25, *caput*, que é competência do serviço de profilaxia mental realizar pesquisas sobre a prevenção das doenças nervosas e mentais, bem como sua estruturação, enquanto centro multiplicador dos princípios de higiene preventiva.

Com a reforma Capanema, o serviço de profilaxia mental passa a responder à Divisão de Assistência a Psicopatas (FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS, 1955, p. 31).

A profilaxia deve ser assegurada por ações governamentais que abrangem, inclusive, os estrangeiros, que devem submeter-se a exame de sanidade mental. Se for constatada, em estrangeiro, alguma anomalia nervosa ou mental, o governo pode requerer a sua repatriação, se não for casado com brasileiro nato ou tiver filhos com nacionalidade brasileira, caso haja acordo entre o Brasil e seus respectivos governos. (art. 25, §§ 1º e 2º).

3.3.6 A proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas

O art. 25 do decreto n. 24.559/1934 flexibiliza a regra do art. 5º, II do CC de 1916, ao estabelecer que, dependendo do resultado de perícia médica, o portador de transtorno mental pode ser considerado absoluta **ou** relativamente incapaz para usar seu livre-arbítrio a fim de praticar por si só os atos da vida civil tais como comprar, vender, casar-se, abrir conta em banco etc. Pelo CC de 1916, conforme já visto, os “loucos de todo gênero” são absolutamente incapazes. A incapacidade relativa atinge, de acordo com o referido Código, apenas os pródigos.

O decreto, seguindo o disposto no CC de 1916, estabelece que os familiares, responsáveis legais ou mesmo o médico diretor do estabelecimento onde estiver

internado o sofredor mental, na falta daqueles, devem zelar pela proteção da sua pessoa e do seu patrimônio (art. 25 e 33).

O decreto n. 24.559/1934 mais uma vez diverge do Código Civil de 1916 quando estabelece uma figura intermediária à do curador: o **administrador provisório**, que exercerá suas atividades na hipótese de o paciente possuidor de “[...] bens, rendas ou pensões de qualquer natureza [...]” permanecer em tratamento por mais de 90 (noventa) dias. Caso a interdição não se mostre necessária, de plano, o administrador exercerá sua função por até dois anos. Findo esse prazo e ainda persistindo os sintomas do transtorno mental, o juiz competente decretará a interdição do paciente, a requerimento de um dos seus genitores, do seu tutor, cônjuge ou parente próximo. Se, dentro de quinze dias, nenhuma dessas pessoas requerer a interdição do doente mental internado, o Ministério Público deverá fazê-lo. Todas essas medidas judiciais, à exceção da interdição - que envolve interesses de terceiros e, por isso têm o direito de ter acesso à essa informação - correm em segredo de justiça (art. 27, §§ 1º, 2º, 3º e 4º).

Mantém o entendimento do CC de 1916 no tocante à possibilidade de o juiz autorizar o pagamento de uma remuneração ao administrador provisório ou do curador do portador de transtornos mentais compatível com o ônus da atividade e com a situação econômica do doente mental. Podem ser administradores provisórios ou curadores dos portadores de transtornos mentais seu cônjuge, seus genitores, descendentes, conforme estabelece o art. 454 do CC. Contudo, independentemente de quem seja nomeado para desempenhar uma ou outra função, deve prestar contas da sua atuação, a cada três meses e não anualmente, como dispõe o CC de 1916, sob pena de ser destituído da função. Essa regra não se aplica aos cônjuges, se casados em regime de comunhão de bens ou se os bens do paciente estiverem descritos em instrumento público, independentemente do regime do casamento (art. 28, §§ 1º ao 3º do decreto n. 24.559/1934 c/c art. 455 do CC de 1916).

O âmbito de atuação do administrador provisório ou do curador será maior ou menor se o juiz, com base no laudo pericial, decretar, respectivamente, a incapacidade absoluta ou relativa do portador de transtornos mentais. Da decisão do magistrado cabe recurso - agravo de instrumento -, conforme dispõe o art. 28, § 4º do decreto n. 24.559/1934.

O portador de transtornos mentais pode, por si ou por intermédio de uma das pessoas mencionadas no art. 454 do CC de 1916, requer novo exame de sanidade

mental, quer esteja recebendo tratamento domiciliar, quer em estabelecimento psiquiátrico público ou privado. O novo exame não poderá ser realizado por profissional que exerça sua atividade no estabelecimento em que o solicitante esteja internado (art. 30).

O art. 29 prevê o **amparo social aos portadores de transtornos mentais** egressos de estabelecimentos psiquiátricos e dispensários psiquiátricos da assistência a psicopatas e profilaxia mental.

3.3.6.1 O papel e a atuação da Comissão Inspetora

A Comissão Inspetora a que se refere o decreto n. 24.559/1934 tem a função precípua de fazer cumprir o ali disposto. Para tal, possui duas composições diversas.

No Distrito Federal, um juiz de direito é o presidente da Comissão, que também é composta de um dos curadores de órfãos e de um psiquiatra do quadro da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, todos escolhidos pelo Governo, servindo em comissão e secretariados por um funcionário do Ministério da Educação e Saúde Pública, indicado pelo Ministro.

Nos estados-membros da federação, o Procurador da República, o juiz federal e um psiquiatra ou médico que trabalha nessa área, nomeado pelo Governo do Estado, integram a referida comissão inspetora. (art. 32, §§ 1º e 2º).

É visível, aqui, a centralização do poder nas mãos da União, a verticalização do poder, mesmo na esfera estadual, pois dois membros da comissão integram os quadros do funcionalismo público federal e apenas um é indicado pelo governo estadual que, por sua vez, é, também, indicado pelo governo.

Independentemente da esfera de atuação dessa comissão, quer em nível distrital, quer no âmbito estadual, a comissão Inspetora tem a prerrogativa de aplicar sanções, se ficar comprovada a infração a um dispositivo legal do decreto n. 24.559/1934.

As sanções previstas são multa e cassação da autorização de funcionamento do estabelecimento psiquiátrico, na hipótese de descumprimento do disposto no decreto n. 24.559/1934 e de reincidência, por parte de **estabelecimentos**

psiquiátricos particulares, sem prejuízo da aplicação de outras sanções previstas no Código Penal (art. 32, §§ 3º e 4º).

O referido Decreto só é revogado em 2001, quando entra em vigor a lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, vigendo, portanto, por quase 67 anos.

Consoante se afirmou anteriormente, o fato de viger por quase 67 anos faz com que o decreto n. 24.559/1934 acompanhe muitas transformações havidas no âmbito social, político, econômico, ideológico, científico e jurídico do país.

Assim é que esse decreto vigeu nos anos 40, quando se promulga um novo Código Penal Brasileiro (CP).

O mencionado Código Penal é, então, abordado, na próxima seção, naquilo que concerne aos portadores de transtornos mentais: a responsabilidade penal e o cumprimento de medida de segurança.

3.4 O Código Penal Brasileiro de 1940

3.4.1 A (ir)responsabilidade penal

A responsabilidade penal encontra-se no art. 22 do Código Penal (CP). Seu conteúdo equivale ao do art. 27, §§ 3º e 4º do Código Penal de 1890 e do art. 27, §§ 3º e 4º da Consolidação das Leis Penais (Decreto n. 22.216, de 14 de dezembro de 1932), que trouxe apenas uma alteração no texto do § 4º do art. 27, em relação ao texto do Código Penal de 1890. A expressão “completa privação de sentidos” é substituída por “completa perturbação de sentidos”, pois para alguns críticos da expressão anterior, quem se encontra completamente privado dos seus sentidos e inteligência só pode estar morto (GARCIA, 1951, v. 1, t.1, p. 328).

O CP de 1940 considera irresponsável, logo isento de pena, aquele que “[...] por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”

Para Nelson Hungria (1955, v. 1, p. 328), apesar de o termo “doença mental” não ser uma unanimidade na psiquiatria, tem, por parte dela uma boa acolhida, pois

engloba todas as psicoses. Sob o rótulo do “desenvolvimento mental retardado” encontram-se as oligofrenias: idiotia, imbecilidade e debilidade mental.

A irresponsabilidade do agente pode, assim, decorrer de um quadro de alcoolismo crônico grave, toxicomania grave e das já mencionadas psicoses (esquizofrenia, psicose epiléptica, senil, transtorno bipolar, dentre outros) e oligofrenias (idiotia, imbecilidade e debilidade mental) (PALOMBO, 2003, p. 2000).

Se o indivíduo tiver algum discernimento acerca da ilicitude do seu ato, mas em razão de perturbação da sua saúde mental ou se esse discernimento não for suficiente para impedir a prática do ilícito, o juiz pode reduzir o tempo de cumprimento da pena em um a dois terços. É a denominada responsabilidade criminal diminuída, termo inadequado, pois, em que pese responsabilidade e imputabilidade serem duas noções que se correlacionam, a primeira - responsabilidade - relaciona-se com o sujeito que pratica a ação e a segunda - imputabilidade - tende para a ação praticada e para a pena a ser atribuída ao sujeito que praticou o ato (GARCIA, 1951, v. 1, t.1, p. 326).

Dentre os quadros psicopatológicos que podem ensejar diminuição da pena, encontram-se, consoante Hungria (1955, v.1, p. 333):

[...] os casos benignos ou fugidios de certas doenças mentais, as formas menos graves de debilidade mental, os estados incipientes, estacionários ou residuais de certas psicoses, os estados interparoxísticos dos epiléticos e histéricos, certos **intervalos lúcidos** ou **períodos de remissão**, certos estados psíquicos decorrentes de especiais estados fisiológicos (gravidez, puerpério, climatério), etc., e sobretudo o vasto grupo das chamadas **personalidades psicopáticas** (psicopatias em sentido estrito). (grifos do autor).

Muita discordância traz a temática da (in)imputação do psicopata em sentido estrito, também denominado louco moral (atualmente denominado portador de transtorno de personalidade dissocial, anti-social, amoral, psicopática ou sociopática – CID F60.2). Autores como Nelson Hungria (1951, v.1, t. 2, p. 350) e Basileu Garcia (1951, v. 1, t.1, p. 331) são unânimes em considerar os portadores de personalidade anti-social perigosos e defenderem a sua segregação do convívio social. Contudo, o primeiro, não antes de ressaltar que o problema é de difícil solução, apresenta-se favorável à posição adotada pelo CP: cumprimento cumulativo de pena e de medida de segurança. O segundo, por seu turno, interpreta que o portador de personalidade anti-social não está amparado pelo disposto no *caput* do art. 22 e, tampouco pelo parágrafo único do mesmo artigo, podendo, então, ser responsabilizado penalmente.

No grupo dos semi-imputáveis encontram-se os indivíduos com diagnóstico de “neurose grave, alcoolismo crônico moderado, toxicomania moderada, condutopatia (transtornos de comportamento) e debilidade mental” [moderada]. (PALOMBO, 2003, p. 200).

Aos semi-imputáveis o CP, no seu art. 22, parágrafo único, prevê a aplicação tanto da pena, diminuída em 1/3 a 2/3, como da medida de segurança detentiva. É o sistema penal denominado duplo binário.²⁸

O **critério** adotado para a (não) responsabilização ou responsabilização parcial do agente é o **biopsicológico ou misto**. Deve-se verificar se e em que medida - total ou parcialmente - a doença mental ou desenvolvimento mental retardado contribui para que a pessoa, no momento do ato ilícito, não compreenda as conseqüências do seu ato ou da sua omissão ou a faça agir de modo diverso.

A demonstração do nexo de causalidade entre transtorno mental ou oligofrenia (desenvolvimento mental retardado) e o ato ou omissão contrário à norma é crucial para a (não) aplicação da pena ou para a determinação do seu *quantum*, na medida em que, contrariamente ao que o senso comum e até mesmo alguns teóricos acreditam e afirmam, não existe uma correlação necessária entre a doença mental e a conduta criminosa (HUNGRIA, 1955, v.1, p. 321-2).

A identificação do nexo de causalidade entre o ato praticado e a presença de um transtorno ou retardamento mental é de competência do perito psiquiatra a quem cabe, ainda, averiguar em que proporção o problema mental afetou a vontade ou a inteligência do agente, no momento do crime.

Vontade (faculdade volitiva) e discernimento ético-jurídico (faculdade intelectual) são os dois requisitos psicológicos da responsabilidade criminal, que se funda na responsabilidade moral do agente do ato ilícito. O primeiro consiste no auto-controle, no domínio do próprio impulso, do próprio comportamento e o segundo é a compreensão de que o ato ou a omissão é incorreta. A autonomia da vontade, contudo, é entendida, na legislação penal em exame, como uma questão de ordem prática e não de cunho filosófico, de acordo com Francisco Campos (*apud* PIERANGELI, 2001, p. 406-7).

Darcy de Mendonça Uchôa e Luiz Pinto de Toledo (1944, p. 45) manifestando-se sobre o papel do “moderno perito forense” afirmam que tanto a

²⁸ Duplo binário é o “[...] sistema que admite aplicar, cumulativa e sucessivamente, a pena e a medida de segurança.” (DINIZ, 1998, v. 2, p. 252).

explicação moral, calcada numa suposta degeneração hereditária nos moldes lombrosianos, como a doutrina do livre-arbítrio são insuficientes para explicar a prática de certos delitos, o que leva à utilização de “conceitos de ordem social, para fundamentar o problema da responsabilidade,” consoante Ferri, o que também não satisfaz.

A decisão final acerca da (ir)responsabilização do agente, entretanto, cabe ao juiz criminal que pode, usando seu livre convencimento, acolher ou não o disposto no laudo pericial.

A realização da perícia, em caso de suspeita de transtorno mental é obrigatória, mas não o seu acolhimento pelo juízo (arts. 149 a 151 do Código de Processo Penal), que funciona como uma espécie de controle externo ao que Foerster denomina “[...] **perigo funcional** dos alienistas, sempre inclinados, em virtude da própria especialização, a lobrigar o **patológico** em qualquer reação mais forte ou aguda do psiquismo ou a exagerar a influência do *morbus* realmente existente.” (HUNGRIA, 1955, v.1, p. 325, grifos do autor).

Uma vez decidindo pela irresponsabilidade do agente, o juiz pode aplicar a correspondente medida de segurança.

3.4.2 A medida de segurança

As medidas de segurança representam uma inovação deste CP, inspiradas no modelo italiano que aperfeiçoa a mundialmente difundida proposta apresentada por C. Stoos, no Projeto de Código Penal Suíço, de 1894 (*apud* PIERANGELI, 2001, p. 421).

Para Nelson Hungria (1955, v. 3, p.10, grifos do autor) a medida de segurança, “[...] é *assistência*, é *tratamento*, é *medicina*, é *pedagogia*: se acarreta algum *sacrifício* ou *restrição* à liberdade individual, não é isso um mal querido como tal ou um *fim* colimado, mas um *meio* indispensável à sua execução finalística”.

É um critério de política criminal adotado quando o autor do delito é responsável, mas perigoso ou comprovadamente, semi-responsável ou irresponsável, no momento da prática do delito, em razão do tipo de distúrbio mental ou oligofrenia que manifestar, representando, então, perigo para si e para a

coletividade. Não é uma pena imposta ao indivíduo, mas antes uma medida preventiva que tem como fundamento essa periculosidade apresentada pelo agente, seja ele responsável ou não (HUNGRIA, 1955, v.1, t.2, p.349; HUNGRIA, 1955, v.3, p.7).

Se o indivíduo é responsável, mas perigoso, a medida de segurança apresenta-se como um complemento da pena. Em sendo o autor do delito doente mental e perigoso, aplica-se a medida de segurança em substituição à pena (HUNGRIA, 1955, v.3, p. 23).

A medida de segurança, conforme já dito, não é pena, mas possui caráter de sanção penal, pois só se aplica na medida em que há a prática de um delito, por parte de um doente mental.

Assim, a aplicação da medida de segurança implica tanto em critérios de política criminal e segurança pública como de saúde pública em si, na medida em que o tratamento do louco criminoso deve ocorrer em estabelecimento inserido no sistema penitenciário, mas adequado à sua condição patológica mental - manicômio judiciário - e deve ser conduzido por profissionais da saúde habilitados para tal, como psiquiatras e enfermeiros, de acordo com o previsto no art. 11, § 3º do decreto n. 24.559/1934 que se volta para a assistência ao psicopata e para a fiscalização dos serviços psiquiátricos.

A aplicação da medida de segurança é posterior à **prática de crime** por um indivíduo que tenha distúrbio mental que se apresente **perigoso** para si e para terceiros, posto haver a possibilidade de praticar novo delito. Esses são os dois requisitos da medida de segurança, segundo o art. 76 do CP.

São considerados legalmente perigosos os agentes elencados no art. 22, *caput* e parágrafo único do CP, caso a sentença não tenha sido prolatada dez anos depois - no caso dos irresponsáveis - ou cinco anos após - em se tratando dos semi-responsáveis - de ocorrido o fato (art. 78 do CP). A presunção é absoluta e o juiz deve aplicar a medida de segurança adequada ao fato.

Para que qualquer indivíduo diverso dos relacionados nos incisos I a V do art. 78 do CP seja considerado perigoso, deve-se analisar sua personalidade e seus antecedentes (art. 77 do CP).

As medidas de segurança no CP de 1940 são classificadas em duas espécies: patrimoniais e pessoais (art. 88, *caput* do CP). As patrimoniais consistem na “[...] interdição de estabelecimento ou sede de sociedade e o confisco” (art. 88, 1ª

parte do CP). As medidas de segurança pessoais, são compostas por medidas de segurança detentivas e não detentivas.

Dentre as medidas de segurança detentivas estão a internação em manicômio judiciário, em casa de custódia e tratamento, colônia agrícola ou em instituto de trabalho, que deve ser remunerado, de reeducação ou de ensino profissional (art. 88, §1º, I, II e III do CP). As medidas de segurança não detentivas são integradas pela liberdade vigiada, proibição de freqüentar determinados lugares e exílio local (art. 88, § 2º, I, II e III do CP).

O papel do Poder Judiciário é central na temática da medida de segurança, pois somente ao juiz compete impor o cumprimento da referida medida, seja provisoriamente (Parágrafo Único do art. 80 do CP; at. 378, II do CPP), seja no momento da prolação da sentença, absolutória ou condenatória (art. 79, *caput* do CP), quer no curso da execução da pena ou no período em que ela deveria estar sendo cumprida, pelo condenado (art. 79, I do CP) ou se entender que o indivíduo absolvido, seja perigoso e não tenha transcorrido o prazo mínimo previsto para o cumprimento da medida de segurança (art. 79, II do CP).

A individualização da medida de segurança, como a da pena, é competência exclusiva o Poder Judiciário, que pode requerer todo e qualquer meio de prova admitido em direito, para formar o seu convencimento. Fere, frontalmente, a Constituição dos Estados Unidos do Brasil, as modernas políticas penitenciárias adotadas nas legislações vigentes, a **proposta de individualização administrativa** da medida de segurança, apresentada na Conferência Penitenciária Brasileira, em março de 1949, pelo ex-diretor da Penitenciária de Neves, Minas Gerais (*apud* HUNGRIA, 1955, v.1, t. 2, p. 115). Segundo essa proposta, que não foi acolhida, a individualização da medida de segurança seria uma prerrogativa do diretor do estabelecimento destinado à sua execução, cargo esse político e sujeito a toda sorte de ingerências que deitariam reflexos indesejáveis aos direitos daqueles que estivessem cumprindo a medida.

Enquanto critério terapêutico e preventivo, as medidas de segurança pessoais não têm um prazo determinado para findar, estando seu término condicionado à efetiva cessação da periculosidade do agente (art. 81 do CP).

A cessação da periculosidade é comprovada por exame pericial que pode ser realizado em três momentos distintos, a saber: a) ao final do prazo mínimo fixado pela lei para o cumprimento da medida pessoal; b) anualmente, enquanto perdurar o

cumprimento da medida de segurança, findo o seu prazo mínimo; c) a qualquer momento, a critério da instância judiciária superior (art. 81, § 1º, I, II e III); d) com periodicidade igual ao tempo de cumprimento da medida de segurança inferior a um ano (art. 81, § 2º do CP).

3.4.2.1 Cumprimento de medida de segurança em manicômio judiciário

Se a internação ocorrer **em manicômio judiciário**, cujo fim precípua é a **cura**, posto a causa da sua periculosidade estar associada a questões endógenas ou pessoais, os prazos mínimos de internação são (art. 91 do CP): a) **6 (seis) anos** para pena mínima de reclusão de 12 (doze) anos, como em caso de homicídio qualificado (art. 121, § 2º do CP), latrocínio (art. 157, § 3º, 1ª parte do CP), extorsão mediante seqüestro, seguida de lesão corporal grave (art. 159, § 2º do CP); **3 (três) anos**, se a pena mínima de reclusão for de 08 (oito) anos, como em caso de homicídio simples (art. 121 do CP), furto (art. 155 do CP), roubo (art. 157 do CP), estelionato (art. 171, e §§ 2º e 3º do CP), fraude no comércio (art. 175, § 1º do CP); c) **2 (dois) anos** quando a pena mínima de reclusão é de 01 (um) ano, caso de crimes como formação de quadrilha ou bando (art. 288 do CP), crimes contra a saúde pública, salvo se culposos (art. 270 a 273 do CP), peculato (art. 312 e 313 do CP), contrabando ou descaminho (art. 334 e §§ 1º e 2º do CP); d) **1 (um) ano** nos outros casos; e) de **3 (três) anos**, pelo menos, caso a pena mínima prevista para o delito seja de 10 (dez) anos de reclusão, como causar epidemia, se do fato resultar morte (art. 267, § 1º do CP); f) de **2 (dois) anos**, pelo menos, se a pena mínima prevista para o crime é de 05 (cinco) anos de reclusão, como no caso de praticar aborto com o consentimento da gestante, sobrevivendo-lhe a morte (art. 127 c/ 127, 2ª parte do CP), homicídio culposo (art. 121, § 3º do CP), lesão grave (art. 129, § 1º do CP), abuso de incapazes (art. 173 do CP) (HUNGRIA, 1955, v. 3, p. 198-9; FRANCO, 1956, v. 1).

3.4.2.2 Cumprimento de medida de segurança em casa de custódia e tratamento

A internação ocorre em **casa de custódia e tratamento** quando o objetivo da medida é a cura do internado, aliada à sua reeducação moral e social, pois os fatores criminógenos são sociais ou exógenos. Os prazos da medida de segurança mínima aplicada deve ser de **1 (um) ano**, em decorrência da prática de delito cuja pena privativa de liberdade não seja inferior a 01 (um) ano, tal como falsificação de documentos (art. 296 a 300 e 303 e 305 do CP), facilitação de contrabando ou descaminho (art. 318 do CP), alteração de receita médica (art. 280 do CP) ou de **6 (seis) meses**, no mínimo, mesmo que a pena imposta seja inferior, se o condenado tiver praticado o delito em estado de embriaguez alcoólica ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez (ART. 92 do CP) (HUNGRIA, 1955, v. 3, p. 198-9; FRANCO, 1956, v. 1).

3.4.2.3 Cumprimento de medida de segurança em colônia agrícola, instituto de trabalho, de educação ou de ensino profissional

A internação em **Colônia Agrícola, Instituto de Trabalho, de Educação ou de Ensino Profissional** é realizada por, pelo menos, **2 (dois) anos**, quando o condenado por crime doloso for reincidente ou por **1 (um) ano**, se a condenação à reclusão for por mais de 5 (cinco) anos ou se a condenação tem conexão com ociosidade, vadiagem ou prostituição (FRANCO, 1956, v. 1).

Quando o estado não dispõe do estabelecimento de cumprimento da medida de segurança detentiva, sua execução deve se dar em uma seção especial de estabelecimento congênere, de acordo com o art. 89 do CP.

Essas seções especiais só podem ser instaladas em estabelecimentos públicos, destinados aos presos comuns.

Caso haja necessidade de utilizar outro estabelecimento, quer seja um manicômio, asilo ou casa de saúde, este poderá ser público ou privado. Se a medida de segurança for cumprida em estabelecimento privado, o estado deverá firmar um acordo com o responsável legal do estabelecimento, que se comprometerá a

garantir a custódia do internado, a finalidade da internação e o exercício da prestação jurisdicional por parte do juiz da execução. Mas, segundo Nelson Hungria (1955, v.1, t.2, p.349) denuncia, “após seis anos de vigência do atual Código, em parte alguma do Brasil foi instalada a “casa de custódia e tratamento”, nem mesmo a supletiva “seção especial de manicômio, asilo ou casa de saúde”, de que fala o parágrafo único do art. 22 da Lei de Introdução ao Código Penal.”

Tal lacuna político-administrativa é corroborada por Basileu Garcia (1951, v. 1, t.1, p. 337), quando afirma que aqueles submetidos à medida de segurança “[...] são remetidos para estabelecimento que ainda não possuímos, porque o novo Código exige uma readaptação material para que possa ser executado. Esse estabelecimento será a casa de custódia e tratamento.”

A falta de casas de custódia e tratamento é associada à falta de colônias agrícolas, institutos de trabalho e reeducação, o que faz do sistema de medidas de segurança uma “legislação de fachada”, consoante Nelson Hungria (1955, v. 3, p. 157), que vai mais além ao afirmar que:

à parte os superlotados manicômios judiciários, na sua maioria já instalados ao tempo do Código anterior, inexistem quaisquer dos estabelecimentos reclamados pela nova diretriz de prevenção contra a delinqüência,” substituídos pela “liberdade vigiada.

Em virtude do seu caráter educativo e terapêutico, a medida de segurança, não dispõe de um prazo máximo pré-fixado para a sua cessação, pois não há como determinar quando a periculosidade do internado deixará de se manifestar. Nesse mesmo sentido é que o art. 75 do CP dispõe acerca da aplicação legislativa, que tanto pode ser a que vige quando a sentença é prolatada como a que sobrevier a essa, durante a execução da medida de segurança, independentemente de ser mais ou menos rigorosa.

Essencialmente finalística, a medida de segurança tem de atender à sua função específica segundo métodos ou processos que a experiência aconselhe, no sentido de sua maior eficácia possível: se, enquanto permanece a periculosidade, outros meios vêm a ser considerados mais eficientes ou adequados para conjurá-la, é claro e lógico que devem ser aplicados atualmente, com repúdio de critérios até então seguidos. Não é atingido, com isso, um *factum praeteritum*, mas uma situação atual, uma condição pessoal presente e continuativa. Se é exigida a precedência de um crime, não é por causa deste, senão pela periculosidade, de que seja indício ou sintoma, que a medida de segurança se aplica. (HUNGRIA, 1955, v. 3, p. 31-2, grifos do autor).

3.5 A concepção de saúde mental dos anos 40 aos anos 70

Década de 40, Segunda Guerra Mundial. A indignação mundial volta-se contra as práticas médico-científicas eugênicas havidas em nome de uma pretensa superioridade racial e que foram perpetradas não só, mas também, contra os doentes mentais. O mundo mobiliza, desde então, esforços reiterados para evitar a repetição dessa barbárie.

Dentre esses esforços, intensifica-se o movimento por reformas psiquiátricas, entendidas como um “[...] conjunto de enunciados, propostas e arranjos de natureza técnica e administrativa sobre o campo disciplinar e de intervenção da psiquiatria” (AMARANTE, 1996, p. 13).

Verifica-se, a partir da década de 40, uma mudança no enfoque do tratamento psiquiátrico, que deixa de ser curativo e passa a ser preventivo. Sai de cena a doença mental e entra a promoção da saúde mental, sobretudo por meio da reintegração social (AMARANTE, 1996; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Pouco antes desse quadro repulsivo da história vir à tona e de se iniciar uma reação à essa situação, o teor da conferência proferida, em 1942, pelo diretor do Hospital Central do Juqueri e livre-docente de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Edgard Pinto Cezar (1943, p. 62-9), demonstra a situação deplorável do sistema de atendimento psiquiátrico no estado de São Paulo, cuja argumentação tem como ponto de partida um provável contingente de 12.000 portadores de transtornos mentais, num universo de 8 milhões de habitantes em todo o estado, dentre os quais encontram-se, supostamente, um e meio doente mental para cada mil habitantes.

Para acolher esses prováveis 12.000 pacientes, o estado de São Paulo disporia de 7.500 (sete mil e quinhentos) leitos públicos, divididos entre o Hospital Central de Juqueri, Colônias de Juqueri, Manicômio Judiciário e Hospital das Perdizes e 1.000 (mil) leitos privados. Ainda restariam 3.500 (três mil e quinhentos) portadores de transtornos mentais sem o devido tratamento.

Dos 3.500 portadores de distúrbios mentais excluídos do sistema de atendimento em saúde mental, uma parcela estaria nos seus próprios lares, “[...] criando permanentemente uma situação de desassossego, não só para a própria

família, como aos vizinhos e à sociedade em geral, constituindo elementos de franca periculosidade” e os demais “[...] vão para as celas das cadeias, quer da Capital, quer das cidades do interior do Estado, onde vão viver dias terríveis, no maior desconforto, privados de toda higiene e sem receberem a menor assistência médica.” (CEZAR, 1943, p. 62).

Em Minas Gerais, treze anos após esse relato, em 1955, a condução de doentes mentais para estabelecimentos prisionais ainda se constitui uma realidade, conforme registro na ficha de internação de J. F. S., 18 anos, negro, solteiro, lavrador, com diagnóstico de esquizofrenia simples. “Agora, há 08 dias de um momento para o outro, ficou muito perturbado, em estado de grande agitação, tornando-se necessário deixá-lo na cadêia onde quebrou e rasgou tudo o que encontrou ao seu alcance.”

Entre o encarceramento de J. F. S. e a sua internação, transcorrem oito dias. O mesmo acontece com os doentes mentais do estado de São Paulo. A demora em receber o devido tratamento diminui a sua eficiência, produzindo uma perversa e indesejável cronificação do distúrbio mental.

De acordo com Cezar (1943, p. 63), no governo de Adhemar de Barros, a situação é controlada, mas, ainda assim, a razão é de um médico alienista do Juqueri para cada 250 pacientes, em média. “Tendíamos a funcionar como fábrica de doentes crônicos, contribuindo assim para aumentar ainda mais essa enorme legião de incuráveis que se constituem nas cadeias de todas as cidades do nosso Estado.” (CEZAR, 1943, p. 63).

A total falta de condições de trabalho vivenciada pelos médicos e pelos demais trabalhadores em serviços psiquiátricos que atuam no complexo do Juqueri, em 1940 é a seguinte:

Em 1941, somados os doentes que ingressaram durante o ano com os que existiam em 1º de janeiro, apuramos um movimento **total de 5.621 doentes**. Entretanto, para atender essa massa considerável de doentes dispunha o Hospital Central de Juqueri tão somente de **4 psiquiátras**, o que corresponde a uma **média de 400 doentes por ano para cada médico!**... Si levamos em conta que **cada paciente deve ser visto e reexaminado no mínimo uma vez por mês**, chegamos à conclusão que cada psiquiatra deveria proceder, ao menos, 4.800 exames por ano.

Esses exames deveriam ser executados em **6 dias úteis por semana**, ou 288 dias úteis por ano, de cujo total devemos destacar os 20 dias de férias regulamentares, 24 dias de plantão, 24 dias de folgas compensadoras de plantão e mais feriados e pontos facultativos. Isso feito, apuramos que **os dias de trabalho psiquiátrico na respectiva Seção de cada alienista se reduzem a 210 por ano**, no máximo. Isso quer dizer que cada psiquiatra teria necessidade de proceder **22 exames psiquiátricos**

por dia de 2 ½ horas de serviço, portanto só podendo gastar no máximo **7 minutos em cada exame!**... (CEZAR, 1943, p. 65, grifos nossos).

Essas condições precárias de trabalho levam à conseqüente cronificação das doenças, o que diminui o número de altas clínicas que, por seu turno, aumenta o número de pacientes internados, que diminui a eficiência do atendimento num círculo vicioso sem fim. Para Edgard Pinto Cezar (1943, p. 65), esse quadro assenta-se em três erros essenciais. Um, técnico-psiquiátrico, pois a assistência oferecida não é compatível com as necessidades dos pacientes. Outro, de cunho social, pois a cronificação diminui ou retira a possibilidade de cura dos pacientes. O terceiro seria econômico, na medida em que a cronificação gera mais gastos para o Estado e retira do mercado de trabalho mão-de-obra produtiva, gerando prejuízos tanto para o Estado como para a iniciativa privada.

O reconhecimento, por parte do Estado, acerca dos reflexos dos transtornos mentais, no âmbito econômico e, sobretudo laborativo, dá-se na medida em que, em 1941, institui-se o decreto-lei n. 3.138, de 24 de março de 1941, determinando, pela primeira vez, aos Institutos e às Caixas de Aposentadoria e Pensões, a prestação de assistência médica, aos doentes mentais que forem seus segurados ou associados. Referida assistência deve ser prestada na rede de serviços especializados em psiquiatria, por até doze meses (art. 2º do decreto-lei n. 3.138/1941).

Se ficar comprovado, após noventa dias de observação, que o associado ou segurado não se restabelecerá no prazo de um ano, cabe ao Instituto ou Caixa, que não trabalhe com seguro-doença, efetuar a sua aposentadoria por invalidez (art. 2º, § 2º do decreto-lei n. 3.138/1941).²⁹

Caso as verbas destinadas a essa modalidade de assistência sejam insuficientes, a Caixa ou Instituto pode pedir sua complementação, ao Estado, desde que demonstrada, documentalmente, a sua destinação (art. 3º do decreto-lei n. 3.138/1941).

Observa-se que a atuação do Estado efetiva-se de modo complementar à iniciativa privada e não diretamente, como é de se esperar num estado previdência, apesar de nesse período o estado brasileiro contar com 62 hospitais psiquiátricos, dos quais 23 são públicos (37,1%) e respondem por 80,7% dos leitos psiquiátricos

²⁹ O seguro-doença desempenha um papel equivalente ao auxílio doença, hoje. É um benefício por incapacidade temporária e por isso se estabelece um prazo determinado para sua concessão. Findo esse prazo, deve-se requerer a aposentaria por invalidez, que é um benefício permanente.

do país e 39 são privados (62,9%) e possuem apenas 19,3% dos leitos (PAULIN; TURATO, 2004).

Para minimizar os efeitos da situação no complexo Juqueri e no estado de São Paulo, Edgard Pinto Cezar (1943, p. 64; p. 67) propõe as seguintes alterações no referido sistema: a) ampliação à atenção aos pacientes crônicos, por meio da construção de colônias, que pelo baixo custo que representam, podem gerar uma oferta, regionalizada, de 11.000 (onze mil) leitos, dos quais 4.500 (quatro mil e quinhentos) seriam femininos; b) criação de seções para pacientes agudos, anexas às colônias, onde seriam aplicadas as terapêuticas modernas. Por serem serviços regionais, a rapidez do atendimento, aliada às modernas técnicas de atenção em saúde mental, possibilitam maiores chances de cura (que pode chegar a 80% entre os pacientes tratados em até 06 meses após a manifestação da doença); c) instalação de ambulatórios de psiquiatria, na mesma área das colônias, evitando-se as internações; d) atribuição ao hospital central do Juqueri do desempenho de atividades estritamente hospitalares, ou seja, atendimento de pacientes agudos, a ser realizada por uma equipe médica composta por um número maior de integrantes.

Verifica-se aqui uma proposta de modificação na organização do sistema psiquiátrico vigente no estado de São Paulo, por meio da descentralização - regionalização da atenção a ser prestada no estado de São Paulo - na década de 40. Seu autor complementa-a, sugerindo que os eventuais custos decorrentes dessa reforma poderiam ser dirimidos com outra reforma, no âmbito legislativo, o que atrairia para a iniciativa pública os recursos provenientes dos Institutos e Caixas de Assistência em detrimento do que ele denomina “falsos indigentes”.

Mesmo os doentes já internados, poderiam passar por uma revisão por parte das Comissões Municipais de Assistência Social que arbitrariam as pensões dos que estivessem em condições de pagá-las. Só com isso o Estado ficaria consideravelmente aliviado em seus encargos e, como consequência, sobraria verba para a execução do programa que propomos. (CEZAR, 1943, p. 68-69).

O Poder Executivo da União edita, em 1946, o decreto-lei n. 8.550, de 03 de janeiro daquele ano, por meio do qual autoriza o Ministério da Educação e da Saúde a firmar acordos com os estados-membros a fim de intensificar a assistência psiquiátrica no território nacional, em especial nas regiões em que essa modalidade assistencial mostrar-se precária. Para aumentar a assistência psiquiátrica, a União prevê a construção, instalação e funcionamento de hospitais e serviços psiquiátricos

em regime de colaboração com os Estados-membros, cujas bases são fixadas previamente entre as partes, conforme disposto no art. 2º do referido decreto-lei.

Essa norma possibilitou um incremento no número de hospitais psiquiátricos públicos em todo o território nacional, em especial na modalidade de hospital-colônia (PAULIN; TURATO, 2006).

O tratamento em saúde mental é marcado, mundialmente, na década de 50 pelo desenvolvimento dos psicotrópicos, cuja utilização inicia-se em 1949, ministrando-se sais de lítio no tratamento de portadores de transtorno bipolar. O primeiro antipsicótico - clorpromazina - é testado em 1951 (COMER, 2003, p. 13).

No tocante às políticas públicas brasileiras voltadas à assistência ao enfermo mental, já nos anos 40 e 50, a situação é de oferta quase exclusiva de tratamento hospitalar, reforçada pela ênfase na utilização de psicofármacos, e de não abrangência desta área, pelos sistemas previdenciários, o que leva o governo a editar decreto-lei determinando que os estados e municípios brasileiros prestem assistência psiquiátrica aos contribuintes, o já analisado decreto-lei n. 3.138, de 24 de março de 1941 (RIBEIRO, 1999, p. 63).

No Brasil, o até então Ministério da Educação e Saúde (MÊS) é desmembrado em dois ministérios autônomos, em 1953.

Após treze anos à frente da diretoria da SNDM, Aduino Botelho deixa o cargo, em 1954, com um saldo de mais 16 (dezesseis) mil leitos psiquiátricos no Brasil. Esse incremento no número de leitos psiquiátricos, propiciado pela expansão da rede pública não contribui para a melhoria dos serviços psiquiátricos prestados pelo poder público.

Na década de 60 o mundo vê surgir na Inglaterra o movimento da antipsiquiatria e na Itália o que se convencionou denominar “psiquiatria democrática”, com Franco Basaglia, cuja influência dará origem ao movimento brasileiro “por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1996; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

No final da década de 60, Marcelo Blaya introduz o tratamento por meio das comunidades terapêuticas, desenvolvido por Maxwell Jones, na década de 50, na Inglaterra. Sua proposta pauta-se pela democratização das relações havidas entre os participantes, diretos ou indiretos, do processo de tratamento e tomada de decisões que o envolvem. O ambiente passa a ser reorganizado para se constituir em instrumento de cura, razão pela qual as comunidades terapêuticas tanto podem

ser implantadas em hospitais, escolas, prisões ou seções psiquiátricas de hospitais gerais. Propõe que tal reorganização do espaço e do discurso institucional seja pautada pelas leituras psicanalíticas não só do inconsciente do doente mental, mas também dos membros da equipe e da própria instituição (AMARANTE, 1996, p. 68; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 22-23; PICCININI, 2003; TENÓRIO, 2002, p. 29).

O método de tratamento nas comunidades terapêuticas, proposto por Marcelo Blaya é pautado pela teoria psicanalítica de grupos e consiste na estruturação do dia do paciente de modo que, cada atividade por ele desenvolvida tenha uma conotação terapêutica. Assim, o tratamento é proposto pela equipe de saúde mental, de cunho multiprofissional, composta por psiquiatra, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistente social, psicólogo, recreacionistas, que devem adequá-lo ao perfil e às necessidades do paciente, utilizando-se para tal de métodos físicos, químicos, psicológicos e sociais. O tratamento passa do misto - hospital-dia - para o aberto - ambulatório (PICCININI, 2003).

As comunidades terapêuticas denunciam o caráter meramente asilar das instituições psiquiátricas existentes até então e se apresenta como uma alternativa ao modelo tradicional cronificador. Contudo, apesar de ser um modelo de tratamento pautado na cura, o paciente ainda fica confinado no espaço institucional que, apesar da nova roupagem, ainda o aprisiona (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 23).

Concomitantemente à introdução, no Brasil, do tratamento por meio de comunidades terapêuticas, em Minas Gerais, o jornal “Diário da Tarde” (1961) publica uma série de reportagens de autoria de Flávio Ferreira, José Inácio e Edgar Maciel, denunciando as mazelas a que se submetem os 5.000 (cinco mil) pacientes do mais antigo hospital psiquiátrico do estado, localizado em Barbacena. As fotografias publicadas e os fatos relatados na primeira reportagem mobilizam os políticos do estado, levando o então governador Magalhães Pinto a convocar o secretário de saúde para explicar-lhe o ocorrido e a Assembléia Legislativa do Estado a instaurar uma comissão parlamentar de inquérito para investigar as denúncias.

O autor do pedido, deputado mineiro Ladislau Salles, afirma receber, diariamente, reclamações de toda parte do Estado, de parentes de internos em Barbacena, contra o tratamento recebido pelos seus familiares. O deputado requer,

ainda, a instalação de sindicâncias parlamentares aos demais estabelecimentos psiquiátricos do Estado tais como o Raul Soares e o Hospital de Psiquiatria Infantil.

Os jornalistas afirmam que:

O que mais impressiona é a certeza de que só a morte resta aos que penetram os muros amarelos do hospital de alienados da “Cidade das Flores”. A recuperação que se efetua é por simples casualidade, pois não há tratamento nem mecânicos, nem medicamentos. Sequer o eletrochoque é empregado, por falta de comodidade. Há 15 anos não se aplica uma insulino-terapia, convulsoterapia, pois a falta de meios impede. Não há enfermarias, não há remédios, acomodações ou pessoal suficientes. Mais de um milhar de internos apresentam-se com ferimentos oriundos de lutas ou infecções graves, que se transformam em enormes crateras nos corpos, sem qualquer medicação, pois o Hospital não tem tratamento especializado.

As receitas urgentes sequer são aviadas nas farmácias locais, pois o Hospital Colônia deve a quase todas as farmácias da cidade têm créditos antigos, que o Departamento de Compras do Estado se nega a liquidar. A politicagem e as preferências pessoais, imperantes na alta administração estadual, têm sido nefastas aos miseráveis que morrem á mingua nos corredores do hospital colônia, cujo rendimento com os pensionistas é ínfimo. 250 mil cruzeiros mensais.

As dotações oficiais para o corrente ano são: para pronto pagamento, 300 mil cruzeiros; comunicações, 50 mil. Conservação, 100 mil; limpeza, 200 mil e transporte 20 mil cruzeiros. O restante, como pagamento de funcionários, compra de remédios, nomeação de pessoal, mantimentos, vestuário, móveis, aparelhagem médica e demais necessidades teriam de ser fornecidas por outros órgãos do Estado, figurando como maior responsável o Departamento de Compras. (FERREIRA; INÁCIO; MACIEL, 1961).

Importante destacar, nessa denúncia, a situação vivenciada pelos adolescentes internados em Barbacena, pois o tratamento psiquiátrico conferido a eles é muito pouco explorado na literatura analisada.

Violando todos os princípios de humanidade e preceitos científicos, autoridades policiais e diretores de estabelecimentos oficiais remetem para o Hospital Colônia, cujo limite mínimo de idade para internamento é de 16 anos, menores de 13, 14 e 15 anos, que vivem em comum ao lado de autênticas feras humanas. Tivemos informação oficial de que há, atualmente, mais de 200 menores, muitos dos quais simples retardados mentais [...] (FERREIRA; INÁCIO; MACIEL, 1961).

Esse quadro é semelhante ao vivenciado pelos internos no Juqueri, em São Paulo, conforme denunciam Jarbas Lacerda (1962) e Audálio Dantas e Carlos Freitas (1963).

São 12.923 pacientes internados no Juqueri, em 1963. O número de médicos é pequeno em relação ao de pacientes - 76 no Hospital Central e 12 nas colônias -, chegando à ordem de 1 (um) para cada 800 (oitocentos) pacientes, nas colônias e ficando reduzido à metade no Manicômio Judiciário, que chegou a ter em seus quadros, no ano de 1954, 14 médicos. A falta de medicamentos, material hospitalar e alimentos impera e decorre de furtos praticados tanto por pacientes como por

funcionários do complexo psiquiátrico Juqueri, localizado em Franco da Rocha (LACERDA, 1962; DANTAS; FREITAS, 1963).

Por causa das condições precárias de trabalho e tratamento, “o Corregedor da Justiça declarou o Manicômio Judiciário em situação de calamidade pública. Os processos se amontoam no fórum por falta dos laudos psiquiátricos. Os médicos não agüentam tanto serviço.” (LACERDA, 1962).

Os pacientes do complexo Juqueri dividem o espaço com ratos e urubus.

Os ratos são mais freqüentes nas colônias masculinas. Saem pelos bueiros, entram pelos pavilhões, atacam inclusive. Vários doentes apresentam cicatrizes de mordidas dos roedores. Outros morrem da molestia de Weil, que é transmitida pela urina desses animais.

Também há a represália. Quase diariamente, quando da limpeza dos dormitórios e corredores, funcionários encontram ratos estraçalhados, ou mesmo aos pedaços. E aí começam as acusações: “Foi ele quem comeu...” diz um doente – acusa um terceiro. (LACERDA, 1962).

Em meio a esse cenário uma paciente grita sintetizando a situação vivenciada por ela e seus colegas de sofrimento: “perdi as minhas feições. Não tenho espelho, mas sei que perdi as minhas feições!” (DANTAS; FREITAS, 1963, p. 110).

Um médico do complexo Juqueri há treze anos - J.M.A.C. - apresenta como diagnóstico do problema a relação existente entre a assistência ao doente mental e a realidade social brasileira: “[...] o nosso País não realizou ainda os estágios necessários para qualificar o homem, para integrá-lo numa estruturação sócio-econômica que permita oferecer todo o **respeito à dignidade humana.**” (DANTAS; FREITAS, 1963, p. 112, grifos nossos). E oferece o trabalho em equipe e uma maior aproximação entre psiquiatria e as ciências sociais, como tratamento para tal chaga.

Se nós reconhecemos que a psiquiatria superou a sua condição de especialidade médica, para tornar-se **lugar-comum de psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, sociólogos e filósofos**, sem dispensar as contribuições de qualquer tipo de atividade – porque o homem vive, luta, realiza, êle entra nas fronteiras da psiquiatria e invade o Hospital Psiquiátrico – começaremos a atacar o problema, procedendo a um trabalho de equipe. (DANTAS; FREITAS, 1963, p. 112, grifos nossos).

De modo similar à paciente que perde suas feições, a partir dos anos 60 a psiquiatria pública brasileira perde espaço para a psiquiatria privada, que passa a ser fomentada pelos recursos públicos. Isso ocorre porque o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) adota, desde a sua criação, em 1966, uma política de estímulo à prestação de serviços em saúde pelo setor privado em detrimento do público.

É em razão dessa política que, em 1961, o Brasil conta com um total de 135 (cento e trinta e cinco) hospitais psiquiátricos - 54 (40%) públicos e 81 (60%) privados. Contudo, há uma inversão no número de leitos, em relação às décadas anteriores: há um aumento de 24,9% no número de leitos privados e um decréscimo de 75,1% no de leitos públicos (PAULIN; TURATO, 2004).

Referida estratégia resulta num modelo hospitalocêntrico e mercantilista da saúde, inclusive da saúde mental, que vigora até os anos 80. Há nos anos 60 uma defasagem no número de leitos destinados ao tratamento dos pacientes psiquiátricos - em 1963 há uma redução de 6 a 19% em relação ao ano de 1960 - e uma reestruturação dos estabelecimentos psiquiátricos, que passam a operar com, no máximo, 300 (trezentos) leitos em detrimento de mega-estruturas como a de Barbacena, em Minas Gerais e o Juqueri, em São Paulo (PICCININI, 2003; RIBEIRO, 1999, p. 64-5).

Outro fato gerador dessa transformação no quadro das políticas públicas brasileiras é o modelo de política pública implantada depois de 1964, identificada como prática assistencial de massa, estruturada em função das modificações introduzidas nas relações de trabalho, pela industrialização do país. Nesse plano da assistência, em virtude do seu caráter privatista, a concessão de benefícios previdenciários, pelo INPS, passa do paciente indigente para o trabalhador e seus dependentes (PAULIN; TURATO, 2004; RESENDE, 2000, p. 59; RIBEIRO, 1999, p. 64).

Na esteira dessa industrialização nacional veio a indústria farmacêutica estrangeira que encontrou terreno fértil para fazer prevalecer seus interesses, nos diversos segmentos da saúde, inclusive na saúde mental, produzindo novos psicotrópicos - dentre eles um ansiolítico até hoje largamente utilizado, o diazepam - e massificando seu uso (PICCININI, 2003; RIBEIRO, 1999, p. 67).

Diante do quadro anteriormente contornado, Heitor Resende (2000, p. 60) afirma que a partir de 1964 a psiquiatria vive o paradoxo de cumprir sua finalidade terapêutica e de desempenhar funções político-administrativas, tais como:

- a) curar, b) recuperar a força de trabalho, c) abrir e criar novas fontes de trabalho para o pessoal de saúde mental, d) auto-reproduzir o próprio sistema de assistência e de setores da economia a eles ligados: hospitais, indústrias de medicamentos etc., e) ideologizar as relações sociais, conferindo, desta forma, racionalidade à irracionalidade do sistema, f) dar um lugar aos desviados, excluindo-os, g) difundir e inculcar normas de comportamento visando homogeneizar as diferenças individuais.

Em termos previdenciários, na década de 70, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) por sua vez, passa a repartir sua competência com o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica -, criado em 1977 para administrar as questões atinentes à assistência médico-hospitalar, enquanto a concessão de benefícios previdenciários continua a cargo daquele (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 37; RIBEIRO, 1999, p. 64).

A psiquiatria comunitária - implantada em 1963 nos EUA, por meio de um decreto presidencial intitulado *Community Mental Health Center Act* - apresenta-se, na década de 70, no Brasil, como uma transformação do tratamento oferecido aos portadores de transtornos mentais. Esse modelo terapêutico privilegia a prevenção e a promoção da saúde mental e não a cura (AMARANTE, 1996, p. 91; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 24-5; PAULIN; TURATO, 2004).

Tanto no âmbito institucional, pela recém-criada Divisão Nacional de Saúde Mental, como no acadêmico e associativo, a influência das propostas preventistas tornaram-se a referência maior de setores organizados da psiquiatria brasileira, em contraposição ao modelo hospitalar privado que se tornava hegemônico. (PAULIN; TURATO, 2004).

Para Heitor Resende (2000, p. 62-4) uma possível razão para a aceitação da psiquiatria comunitária, pelos gestores públicos deve-se à demanda por mão-de-obra vivida pelo mercado brasileiro após o Golpe de 64, que promoveu um aquecimento da economia, a partir de 1968. Essa forma de tratamento enfatiza a manutenção do paciente, no ambiente social, em detrimento da sua segregação em meio institucional o que lhe possibilita a manutenção das suas atividades e da sua rotina, dentre as quais figuram o seu trabalho.

A postura preventista encontra eco nos feitos científicos e governamentais, não só no Brasil, mas também em nível mundial, por meio das políticas adotadas por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Assim, temos no Brasil, como resultado do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido em São Paulo, no ano de 1970, a Declaração de Princípios de Saúde Mental, que se apresenta com as seguintes diretrizes:

1 Direito e responsabilidade: a saúde mental é um direito do povo. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.

2 Integração: a doença mental, fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.

3 Reorganização: a integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços.

4 Recursos de todos para todos: os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.

5 Prevenção: os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo.

6 Conscientização: a educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetuada no sentido de seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.

7 Formação de Pessoal: programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.

8 Hospital Comunitário: os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.

9 Serviços extra hospitalares: as técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.

10 Pesquisa: as pesquisas básicas e, sobretudo as aplicadas fundamentalmente para o contínuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios (GIORDANO JÚNIOR, 1989 *apud* PAULIN; TURATO, 2004).

O trabalho desenvolvido pela Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos, do estado da Guanabara, faz com que, em 1971, a quase integralidade dos seus membros seja convidada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para desenvolver uma proposta de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. O resultado do trabalho desenvolvido por esses profissionais é exposto no Manual de serviço para a assistência psiquiátrica (1973), que já nasce letra morta. A portaria n. 32 - Plano de Pronta Ação (PPA) - e o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) propostos pelo Ministério da Saúde, nesse período, não têm um fim diverso do havido pelo manual (PAULIN; TURATO, 2004).

O Estado de São Paulo reformula, a partir de 1972, suas políticas públicas em saúde mental, com base num modelo integrado de psiquiatria comunitária, proposto de acordo com as recomendações da OPAS e a OMS e, com fundamento na Declaração de Princípios de Saúde Mental. De acordo com o Secretário Estadual de Saúde, Getúlio Lima Júnior (OS HOSPITAIS ficam sempre superlotados, 1973), as modificações propostas estão calcadas em ações a serem tomadas em nível

primário (prevenção), secundário (diagnóstico e tratamento precoce) e terciário (reintegração sócio-econômica e reabilitação dos incapacitados). Para tal, “o mecanismo administrativo deve se desenvolver através de imediata descentralização executiva das atividades assistenciais, ao lado de progressiva centralização normativa.”

A lei n. 6.368/1976, conhecida como “Lei de Entorpecentes”, prevê a modalidade de tratamento extra-hospitalar no seu art. 10, § 1º para os dependentes cujo quadro clínico que não requeira internação.

Apesar dessas ações intentadas pelos diferentes segmentos engajados com a saúde mental, a situação agrava-se, nas décadas de 70 e 80, gerando o colapso do sistema público de saúde e, por conseguinte, da prestação de serviço em saúde mental, em razão da ênfase dada à internação asilar privada como forma de tratamento nesta área.

Vamos verificar uma contradição entre o discurso oficial existente nas propostas de atuação em Saúde Mental a partir do final da década de 70 e o que realmente foi efetivado na prática. As transformações, que inclusive tinham o respaldo de profissionais e de organismos de reputação nacional e internacional, esbarravam nos interesses privatizantes da política governamental, que, ajudados pela falta de recursos financeiros para os serviços públicos existentes, fizeram com que a assistência em Saúde Mental não avançasse e até hoje são sentidos os reflexos dessa política governamental. Foi a partir de julho de 1971, com os resultados da Convenção Brasileira de Psiquiatria, em Brasília, DF, que se intensificaram as recomendações para que os profissionais de saúde mental em geral lutassem por mudanças na política de saúde mental no Brasil e reformulassem conceitos, procedimentos e posturas. (RIBEIRO, 1999, p. 67).

Essa contradição é facilmente verificada quando se compara o número de leitos dos estabelecimentos psiquiátricos particulares - de 14.000 (quatorze mil) em 1965 para 30.000 (trinta mil) em 1970 -, o tempo médio de internação na rede privada - 3 (três) meses - e o perfil dos pacientes - os psicóticos são substituídos por neuróticos e alcoolistas (RESENDE, 2000, p. 61). Aliado a isso se tem:

[...] mais de sete mil doentes internados sem cama (leito-chão) e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava-se a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades. (PAULIN; TURATO, 2004).

A compra de serviços psiquiátricos privados, por parte do poder público, contrasta com as denúncias acerca das condições precárias vivenciadas pelos

pacientes dos grandes hospitais psiquiátricos públicos brasileiros, como o de Barbacena, em Minas Gerais.

A denúncia do deputado João Navarro feita na Assembléia Legislativa de que no Hospital Colônia de Barbacena havia um comércio de cadáveres foi totalmente confirmada, ontem, por deputados mineiros e pela reportagem do DIÁRIO DE MINAS. O diretor do hospital, general Gil Peixoto, durante sua entrevista com os deputados, confirmou tudo “mas só não concordo com a expressão comércio de cadáveres, pois nós usamos um convênio legal para fornecer corpos de indigentes para Escolas de Medicina no Brasil”. (COMÉRCIO dá morte em Barbacena, 1971).

Na esfera assistencial são ilustrativos os seguintes dados do estado de São Paulo (DO FUNDO do poço às luzes do dia , 1977):

Para atender uma população previdenciária estadual de 19 milhões de filiados (19.587.200), o INPS conta cerca de 150 médicos psiquiatras credenciados. Cem deles para os loucos da Capital, outros cinquenta aos do Interior. [...]

A rede de serviços do Instituto é formada de ambulatório central, até 1976, o único a realizar atendimento ambulatorial na capital; 9 clínicas sob convênio e 70 hospitais credenciados. Total de leitos: 12. 475 em todo o Estado de São Paulo.

Enquanto a rede de serviços em saúde mental conta, no ano de 1976, com 12. 475 leitos, há quatorze anos, nesse mesmo estado de São Paulo, somente o Juqueri conta com quase 13.000 pacientes.

O colapso do sistema de saúde mental, a influência dos modelos das comunidades terapêuticas e da psiquiatria comunitária, bem como o início da abertura política nacional geram condições para que, no final da década de 70, início dos anos 80, haja uma mobilização de profissionais que atuam em saúde mental, dando ensejo ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e ao Movimento Sanitário (TENÓRIO, 2002, p. 32; YASUI, 1999, p. 16).

É também na década de 70 que começa a ser estruturada uma nova modalidade ética, a bioética, cujos reflexos se farão sentir na problemática da saúde mental e no direito - o biodireito, conforme será demonstrado adiante.

3.6 A concepção de saúde mental dos anos 80 e 90

Os anos 80, no Brasil, são marcados por uma intensa atividade do que Boaventura de Souza Santos (1997, p. 256) denomina *Novos Movimentos Sociais*

(NMSs). Dentre eles, encontram-se os movimentos que lutam por melhores condições de trabalho e da universalização da oferta de serviços, na saúde. O MTSM, enquanto exemplo desses movimentos, caracteriza-se por uma dupla finalidade: a promoção da melhoria das condições de trabalho no âmbito da saúde mental e a humanização das relações sociais que envolvem os portadores de transtornos mentais e, em última instância das ações em saúde mental. A temática dos direitos humanos, nesse período, na esfera da saúde mental ainda é pouco explorada. O movimento sanitário, por sua vez, caracteriza-se pela crítica epistemológica desenvolvida, inicialmente, no interior da academia (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 41-2; TENÓRIO, 2002, p. 32; YASUI, 1999, p. 15).

Para além de produzir um novo saber, pretendiam produzir práticas alternativas ao modelo dominante, individualista e altamente especializado, como os projetos de medicina comunitária. E, em um projeto maior, articular conhecimentos à busca de novas práticas políticas e à difusão de uma consciência sanitária. (YASUI, 1999, p. 15).

A mobilização promovida pelos novos movimentos sociais - MTSM e Movimento Sanitário - politiza o discurso havido na esfera da saúde, o que possibilita uma transformação lenta e gradual no âmbito das políticas públicas em saúde e, especificamente, em saúde mental, na medida em que alguns atores desses movimentos migram para o setor público implementando, nesse segmento, as propostas e reivindicações dos movimentos em que se encontram engajados. Essas transformações concretizam-se na reforma sanitária havida na década de 90 (TENÓRIO, 2002, p. 32; YASUI, 1999, p. 16).

Resultam dessa politização da saúde as propostas formuladas na VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional em Saúde Mental, realizadas em 1987, no mesmo contexto, com as mesmas diretrizes. No âmbito da saúde, a luta é pela construção de um sistema único de saúde (SUS) e pela implementação da reforma sanitária. Na esfera da saúde mental as discussões e reivindicações gravitam em torno de três temas centrais, a saber: a) economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; b) reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; c) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988, p. 5).

Muitas das diretrizes, propostas, princípios traçados nessa I Conferência Nacional de Saúde Mental, acerca desses três grandes temas, estão consagrados

em normas jurídicas posteriores, tal como a própria Constituição Federal de 1988 e em leis ordinárias, como as leis n. 8.080/1990 e 8142/1990 e a objeto dessa pesquisa, a lei n. 10.216/2001, além de leis estaduais e portarias do Ministério da Saúde. Por isso, são expostos, resumidamente, na seqüência e, oportunamente, retomados quando da análise das temáticas afins.

3.6.1 Economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental

Como já dito anteriormente, o milagre econômico havido no final da década de sessenta demanda um grande contingente de trabalhadores. Essa euforia econômica, contudo, não se mantém e o exército de trabalhadores que se forma às custas do êxodo rural e da migração vê-se alienado das suas origens, da sua cultura, da sua força de trabalho, de uma remuneração digna.

Dentre os reflexos gerados sobre a saúde e a doença mental em virtude da relação que se estabelece entre economia, sociedade e Estado o *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental* (1988, p. 11-2) destaca a ocorrência em níveis elevados de mortes e acidentes do trabalho, em razão da jornada de trabalho imposta ao trabalhador brasileiro e propõe a ampliação do conceito de saúde, para melhorar a expectativa e a qualidade de vida da população. Outra questão enfrentada é a do papel até então desempenhado pela saúde mental e seus atores. Faz-se uma reflexão crítica sobre tal atuação, na medida em que a saúde mental presta-se, por meio dos seus profissionais, intencionalmente ou não, ao alijamento social e econômico dos portadores de transtornos mentais. Diante desse quadro, conclama-se esses profissionais a adotarem uma postura transformadora, a despeito da sua própria (má) condição de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 12).

3.6.2 Reforma sanitária e reorganização da assistência em saúde mental

A reestruturação da assistência em saúde mental passa, necessariamente, pela reforma sanitária. A reforma sanitária, por sua vez, requer reformas legislativas.

Todas essas modificações na organização e funcionamento do Estado exigem uma ampla participação da sociedade civil e o diálogo entre União, estados-membros e os setores da sociedade diretamente interessados na questão. Eis os princípios gerais propostos para a reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental, na I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Além dos princípios gerais, dez princípios básicos são acolhidos pelos participantes da conferência. O primeiro princípio básico propugna pela formação do SUS. A atuação do poder público, nos serviços privados, quer intervindo, quer desapropriando ou expropriando, se necessário, para assegurar o cumprimento das metas do SUS, é o segundo princípio. A autorização para funcionamento de estabelecimentos voltados para a prestação de serviços em saúde, sem qualquer forma de auxílio ou incentivo governamental consiste no terceiro princípio básico defendido I Conferência Nacional de Saúde Mental. O quarto princípio básico é o asseguramento da participação da sociedade civil, através de setores organizados, nos níveis decisórios que versam sobre políticas públicas em saúde e saúde mental. Destinação de, pelo menos, 10% da arrecadação tributária obtida pela União, estados-membros e Distrito Federal e municípios, para a criação de um Fundo Único de Saúde, que deve ser gerido por um colegiado composto por representantes do poder público e da sociedade civil, eis o quinto princípio básico. A estatização da indústria farmacêutica e a integração, no SUS, das ações de proteção, segurança e higiene do trabalho apresentam-se, respectivamente, como o sexto e o sétimo princípio básico. O oitavo princípio volta-se para a solicitação da garantia de um processo de democratização e descentralização do setor, a ser coordenado em nível federal. A atribuição de competências em matéria de saúde, nos níveis federal, estadual e municipal, é objeto do nono princípio geral. A responsabilidade do Estado, pela formação de recursos humanos capazes de atuar num novo cenário de assistência em saúde, é o último princípio básico que deve pautar a reforma sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental estabelecido pela I Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 15-7).

3.6.2.1 Reorganização do modelo gerencial da assistência em saúde mental

A reestruturação do modelo assistencial no âmbito da saúde mental requer a reorganização dos serviços em saúde mental, que deve ser pautada pela gestão colegiada, democrática e transparente, com órgãos compostos por representantes dos técnicos e da comunidade. A garantia da fiscalização da gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros, bem como das atividades de ensino e pesquisa em saúde mental e da qualidade e quantidade de psicotrópicos distribuídos nos serviços públicos e prescritos na iniciativa privada completam as modificações propostas para o nível gerencial em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 17).

3.6.2.2 Reorganização do modelo assistencial em saúde mental

O modelo assistencial deve enfatizar a atenção extra-hospitalar - tais como hospital-dia, hospital-noite e lares abrigados - e multidisciplinar, em detrimento “[...] da tendência ‘hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica’.” Deve-se, diante dessa proposta, coibir a edificação de novos hospitais psiquiátricos, nos moldes tradicionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 18).

A oferta de leitos psiquiátricos situados em hospitais especializados deve ser suspensa e os mesmos substituídos por leitos em hospitais gerais públicos ou por serviços alternativos. Caso a região necessite ampliar o número de leitos psiquiátricos, eles devem ser instalados em hospitais gerais, desde que não afete a implementação do novo modelo de assistência em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 18-9).

3.6.2.3 Política de Recursos Humanos

A política de recursos humanos em saúde mental, na esfera pública, exposta no *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 20) deve ser estruturada em conformidade com os princípios da democratização do acesso aos cargos e funções públicas, mediante concurso público, critérios públicos de lotação e remanejamento de funcionários, bem como de preenchimento de cargos de direção e chefia, que deverão ser ocupados por representantes de qualquer uma das categorias, sem prevalência de umas sobre as outras e desde que os indicados sejam tecnicamente competentes e possuam ou tenham participação econômica em estabelecimentos da rede privada de assistência em saúde. A comunidade deve tomar ciência dos critérios utilizados para o processo de recrutamento, seleção e contratação dos recursos humanos em saúde mental, devendo participar do processo decisório que envolva as contratações.

Outro princípio básico proposto para a política de recursos humanos é a criação de plano de carreira multiprofissional, com fixação de cargos e salários, em que se estabeleça a isonomia salarial e de jornada de trabalho entre os profissionais e funcionários dos três níveis (elementar, médio e superior) dos serviços públicos das três esferas da federação (federal, estadual e municipal).

O asseguramento “[...] de um contrato de trabalho com salário digno e compatível com a dedicação exclusiva,” que deve ser incentivada, além de viabilizar a formação, atualização e o aperfeiçoamento dos trabalhadores em saúde mental, objetivando o melhor exercício profissional, preferencialmente por intermédio de ações educacionais promovidas pelas universidades é outro princípio básico proposto na I Conferência Nacional de Saúde Mental.

A criação de uma política de recursos humanos voltados para a atenção em saúde mental, que estimule a fixação desses trabalhadores no interior ou em áreas rurais, periféricas e de difícil acesso integra o rol de princípios básicos que devem pautar a construção dessa proposta mais ampla de política de recursos humanos em saúde mental.

3.6.3 Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental

A assembléia da I Conferência Nacional de Saúde Mental defende o acesso do portador de transtorno mental à sua cidadania, compreendida como a “[...] participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, p. 21).

Tal acesso passa pela implementação de uma legislação que proteja e assegure os direitos dos portadores de transtornos mentais, bem como pela revisão de todo o arcabouço jurídico-legislativo vigente, em especial: a constituição federal, a legislação civil, penal, sanitária e psiquiátrica e trabalhista, além das normas de cunho deontológico.

3.7 A reforma do Código Penal de 1984 e a Lei de Execução Penal

Há, em 1969, uma tentativa de se realizar alterações no Código Penal de 1940. Não há modificação substancial em relação ao texto anterior, no tocante à irresponsabilidade penal em razão de transtorno mental ou de desenvolvimento mental “retardado”, conforme dispõe o art. 31 do CP, *in verbis*:

art. 31 Não é imputável quem, no momento da ação ou da omissão, não possui a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, em virtude de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

Entretanto, introduz-se modificação do tratamento legal dado aos semi-imputáveis (art. 94 do CP). O sistema duplo binário adotado pelo CP de 1940 é substituído pelo vicariante. De acordo com esse último sistema, ou o juiz aplica a pena atenuada, determinando que o agente cumpra-a em estabelecimento correccional, ou aplica a medida de segurança pessoal, estabelecendo a internação do agente em “[...] estabelecimento psiquiátrico anexo ao manicômio judiciário ou ao estabelecimento penal, ou em seção especial de um ou de outro.” (art. 93 do CP). É o que se depreende do disposto no parágrafo único do art. 31, a seguir reproduzido:

[...]

Parágrafo único. Se a doença ou a deficiência mental não suprime, mas diminui consideravelmente a capacidade de entendimento da ilicitude do fato ou de autodeterminação, não fica excluída a imputabilidade, mas a pena pode ser atenuada, sem prejuízo do disposto no art. 94.

O art. 91 do CP, no seu § 1º, estabelece como medidas de segurança pessoais a internação em manicômio judiciário, se o agente for inimputável e perigoso e internação em estabelecimento psiquiátrico anexo ao manicômio judiciário ou ao estabelecimento penal, ou em seção especial de um ou de outro, se o agente for semi-imputável.

Se, no curso da internação, o agente recuperar completamente a saúde mental, pode ser enviado para estabelecimento penal, sem prejuízo do direito de pleitear livramento condicional. Caso, por outro lado, não haja a cura do transtorno mental e persista a periculosidade do agente, a internação perdura enquanto não se atestar a remissão do quadro de morbidade mental associada à periculosidade do agente (art. 93, §§ 1º e 2º do CP).

A interpretação do texto normativo é idêntica, quando o agente for dependente químico (alcoolista e drogadito) (art. 93, §3º do CP). Nesse mesmo sentido disciplina o art. 11 da lei n. 6.368/1976 acerca do tratamento ambulatorial a ser oferecido ao dependente de substâncias entorpecentes caso tenha praticado infração penal e esteja cumprindo pena ou realizando tratamento (medida de segurança detentiva).

A previsão de cumprimento de medidas de segurança em casa de custódia e tratamento e em colônia agrícola, instituto de trabalho, reeducação ou de ensino profissional é excluída desse novo ordenamento penal em virtude da complexidade da sua operacionalização e da conseqüente dificuldade da sua implementação.

Outra importante modificação introduzida no Código Penal de 1969 é o abandono do critério de fixação do período de tratamento com base na pena imposta para o crime praticado pelo agente. Esse critério é substituído pela adoção da internação por tempo indeterminado, com um período mínimo de internação variável entre um e três anos, até cessar a periculosidade do agente, que deve ser atestada por meio de perícia médica (art. 92, §§ 1º e 2º do CP).

Essa legislação, contudo, tem sua vigência, sucessivamente, prorrogada, o que acarreta o seu não ingresso no sistema jurídico pátrio.

Em 1984, os ventos da reforma psiquiátrica atingem a legislação penal antes mesmo da realização da I Conferência de Saúde Mental, conforme denota a reprodução da exposição de motivos da reforma da parte geral do CP:

O Projeto consagra significativa inovação ao prever a **medida de segurança restritiva**, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita.

Corresponde a inovação às atuais tendências de “desinstitucionalização”, sem o exagero de eliminar a internação. Pelo contrário, o Projeto estabelece limitações estritas para a hipótese de tratamento ambulatorial, apenas admitindo quando o ato praticado for previsto como crime *punível com detenção*. (PIERANGELI, 2001, p. 648, grifos nossos).

A medida de segurança, que se pauta pelo critério de periculosidade do agente, aplica-se, em primeiro lugar, àquele que no momento da ação ou omissão seja absolutamente incapaz de compreender a ilicitude do seu ato ou de se comportar de outra forma em virtude de transtorno mental (compreendido em sentido amplo, o que engloba o “desenvolvimento mental retardado”) (art. 26, *caput* do CP). Em segundo lugar, a medida de segurança também pode ser imposta à pessoa considerada semi-imputável, ou seja, àquela cuja compreensão acerca do seu ato é parcial, relativa, o que lhe possibilita agir diferentemente do comportamento adotado (art. 26, parágrafo único do CP). A medida de segurança pode, por fim, ser aplicada ao indivíduo capaz que é condenado pela prática de um crime e, durante o cumprimento da pena, apresenta um transtorno mental.

A problemática da aplicação da medida de segurança envolve, portanto, uma questão de saúde mental - o tratamento a ser dado ao portador de transtorno mental que represente perigo para si e para outrem (toda a coletividade) - e outra atinente ao direito penal e à segurança pública - punição do mal causado e manutenção da ordem e da paz social. Uma vez configurada a inimputabilidade do agente, o juiz o absolve aplicando-lhe, contudo, uma sanção (e não pena, que só pode ser imposta ao imputável ou ao semi-imputável), que é a medida de segurança.

Se o agente é absolutamente incapaz, em virtude de apresentar um transtorno mental e tenha praticado um crime apenado com reclusão, cumpre a medida de segurança em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP). O condenado cujo transtorno mental manifesta-se no curso da execução da pena privativa de liberdade também é internado no HCTP, seja em razão da conversão da pena em medida de segurança (art. 183 da LEP), seja porque o juiz assim o tenha

determinado (art. 108 da LEP) (MIRABETE, 2000, p. 261). É a denominada **medida de segurança detentiva**. Entretanto, se o crime praticado for apenado com detenção, a medida de segurança adotada pode ser o tratamento ambulatorial, a ser realizado no HCTP, conforme dispõe o art. 97 do CP, devendo o agente comparecer em dias pré-estabelecidos para receber o devido tratamento (art. 101 da LEP). Trata-se de **medida de segurança restritiva**. Essas são as duas únicas modalidades de serviços em saúde mental à disposição daqueles portadores de transtornos mentais que praticam um ato criminoso, pois os manicômios judiciais deixam de existir a partir do início da vigência deste código penal – lei n. 7.209 - e da lei de execuções penais (LEP), lei n. 7.210, ambas de 11 de julho de 1984.

O cumprimento de medida de segurança em HCTP pressupõe a internação, o que implica em privação da liberdade.

Assim, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é um hospital-presídio, um estabelecimento penal que visa assegurar a custódia do internado. Embora se destine ao tratamento, que é o fim da medida de segurança, pois os alienados que praticam crimes assemelham-se em todos os pontos a outros alienados, diferindo essencialmente dos outros criminosos, não se pode afastar a coerção à liberdade de locomoção do internado, presumidamente perigoso em decorrência da lei. (MIRABETE, 2000, p. 260).

Em se tratando de semi-imputável, ou seja, de um indivíduo que tem capacidade reduzida de compreender a ilicitude do seu ato ou de determinar-se, o juiz pode optar entre a aplicação da pena ou a medida de segurança, como possibilita o sistema vicariante exposto na seção 3.3. Caso a sanção escolhida seja a medida de segurança, o agente deve cumpri-la por meio de tratamento ambulatorial, em conformidade com as mais recentes formas de assistência e tratamento em saúde mental.

O prazo mínimo para realizar o tratamento na forma de medida de segurança, quer detentiva, quer restritiva, varia entre um a três anos. Após esse período, se ainda persistir a periculosidade do agente, a medida de segurança passa a ser por prazo indeterminado (art. 97, § 1º do CP). “A liberação do tratamento ambulatorial, a desinternação e a reinternação constituem hipóteses previstas nos casos em que a verificação da cura ou a persistência da periculosidade as aconselhem,” conforme perícia médica realizada ao final do prazo fixado para a medida de segurança ou a requerimento do juiz de execuções penais (art. 97, §§ 2º, 3º e 4º do CP) (PIERANGELI, 2001, p. 648).

3.8 A saúde no Estado Democrático de Direito: a Constituição Federal de 1988

Resultado do processo de redemocratização do Estado brasileiro, de intensas e profícuas discussões e reivindicações sociais, que contam, inclusive, com a participação dos movimentos ligados à saúde mental, a Constituição Cidadã - Constituição Federal de 1988 (CF/88) - assegura, no seu art. 6º, o direito à saúde, como direito fundamental do indivíduo. Esse direito é considerado um direito social, de segunda dimensão³⁰ e, enquanto tal, exige uma intervenção direta, uma atuação positiva por parte do Estado no sentido de propor e implementar políticas públicas que promovam e mantenham a saúde do indivíduo e dos grupos que integram a coletividade. É um direito de crédito que o indivíduo - um portador de transtorno mental, com esquizofrenia, por exemplo, que faça uso contínuo de psicotrópicos e não tenha condições econômicas de adquiri-los pode requerer a atuação o Estado, exigindo que ele lhe forneça, gratuitamente, os referidos medicamentos - ou grupos de indivíduos - todos os portadores de transtornos mentais têm direito ao acesso e uso do sistema único de saúde - têm em relação à coletividade (LAFER, 1988, p. 21; SILVA, 1999, p. 289). Aliado à sua vertente positiva, o direito à saúde apresenta uma vertente negativa (liberdade negativa) na medida em que exige uma abstenção, quer por parte do Estado, quer do particular, a fim de não causarem qualquer dano ou lesão a esse direito (SILVA, 1999, p. 312).

O tratamento constitucional dado aos direitos sociais enumerados no art. 6º da CF/88 é retomado no capítulo destinado à ordem social, que tem por fundamento "[...] o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais." (art. 193 da CF/88). Nessa perspectiva a saúde é contemplada no âmbito da seguridade social, que "[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos

³⁰ Há um grupo de doutrinadores, ilustrado por Bobbio (1992), Bonavides (2005), Lafer (1988), Oliveira Júnior (2000), que defende que a construção dos direitos fundamentais dá-se por meio de uma evolução, a que denominam gerações. Antônio Carlos Wolkmer (2003, p. 6-16) propõe, contudo, a substituição do termo gerações pela denominação dimensões, posto serem as referidas "gerações", aspectos, dimensões de direitos que se complementam e são indivisíveis. Os direitos de primeira dimensão são os individuais, civis e políticos. Os de segunda geração consistem nos direitos sociais, econômicos e culturais. A terceira dimensão é composta pelos direitos metaindividuais, coletivos e difusos e os de solidariedade. Os da quarta dimensão referem-se às questões suscitadas pela bioética, pela biotecnologia e pela engenharia genética. Os direitos que abrangem as tecnologias de informação, internet, a realidade virtual em sentido amplo são denominados de direitos de quinta dimensão.

Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (SILVA, 1999, p. 804).

Dentro dessa sistemática, a saúde é considerada um direito de todos e dever do Estado (art. 196 da CF/88), que pode cumprir seu papel fornecendo ao cidadão o acesso à saúde tanto por meio de ações e da oferta direta de serviços em saúde, ou por intermédio de delegação da prestação de serviços à iniciativa privada, de modo complementar à sua prestação de serviços. Caso a prestação de serviços em saúde seja efetuada pela iniciativa privada, deve sê-lo por meio de convênios ou contratos, firmados, preferencialmente, com instituições sem fins lucrativos ou filantrópicas.

As ações e serviços em saúde devem visar a prevenção, a promoção, a recuperação, a educação e a reabilitação do indivíduo.

O direito à saúde mental integra o direito à saúde, que é entendida como um “bem estar biopsicossocial” (OMS, 2002) e fica sujeito ao mesmo disciplinamento e à mesma racionalidade que permeia o direito à saúde (CF/88 – art. 7º, XXXI, art. 23, II, art. 24, XIV, art. 37, VIII, art. 203, IV e V, art. 208, III, art. 227, § 1º, II e § 2º).

Na esteira da redemocratização, ilustrada pela CF/88, a reforma psiquiátrica é intentada, em 1989, pela via legislativa, por meio da propositura de projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado, de acordo com o que segue.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A LEI N. 10.216/2001

4.1 O projeto de lei n. 3.657-A/1989 e o processo de elaboração da Lei n. 10216/2001

O ano de 2001 foi um marco para a saúde mental. A Organização Mundial da Saúde (OMS) escolheu esse ano como o ano da saúde mental, por isso, o dia mundial da saúde - 07 de abril - cujo lema “Saúde Mental: cuidar sim, excluir não” foi dedicado ao tema, assim como o *Relatório Mundial de Saúde de 2001*.

No Brasil, após quase doze anos tramitando no Congresso Nacional, o projeto de lei n. 3657/1989, apresentado em 12 de setembro de 1989 no plenário da Câmara dos Deputados pelo seu autor, o deputado do Partido dos Trabalhadores (PT- MG) Paulo Delgado é aprovado em 06 de abril de 2001, transformando-se na lei n. 10216. Em dezembro desse mesmo ano, realiza-se em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Ao longo dos onze anos e seis meses de tramitação, o referido projeto é objeto de intensos debates, tanto no âmbito político, como nos meios acadêmico, técnico-profissional e social, com a participação das famílias e portadores de transtornos mentais, o que denota a sua relevância e complexidade.

A complexidade e polêmica envolvendo a questão apresentam-se através da propositura de inúmeras emendas, tanto na sua casa de origem - Câmara dos Deputados, como na casa revisora - Senado Federal. A análise, durante quase seis anos, por parte da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal é outro indicativo da dificuldade que permeia a proposta consubstanciada no referido projeto de lei até ser, finalmente, aprovado na Câmara dos Deputados, em 2001.

O projeto de lei n. 3.657-A, de 1989 (BRASIL, 1990b, p. 7877), dispõe acerca da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e propõe que esses estabelecimentos sejam substituídos, conforme já dito, gradativamente, por outras formas de tratamento. Versa, ainda, sobre o disciplinamento da internação psiquiátrica compulsória. Todas as questões anteriormente mencionadas estão regulamentadas, originalmente, em apenas quatro artigos.

Nesses quatro artigos vislumbra-se o novo paradigma de saúde mental no Brasil que, inspirado na experiência italiana, sintetizada por intermédio da “Lei Basaglia”, seria o substituto do modelo brasileiro até então vigente, regulamentado pelos trinta e quatro artigos do decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934.

A justificativa da propositura de uma reformulação do modelo de saúde mental brasileiro, vigente há 55 (cinquenta e cinco) anos à época em que o projeto foi proposto e calcado no modelo hospitalocêntrico, está consubstanciada na sua ineficácia, comprovada pela realização de mais de 600.000 (seiscentas mil) internações por ano (que resulta em aproximadamente 50.000 internações por mês e 1.666 internações por dia em todo o Brasil) e pela existência de quase 120.000 (cento e vinte mil) leitos, dos quais aproximadamente 100.000 (cem mil) privados - 83% (oitenta e três por cento) - e 20.000 (vinte mil) públicos - 17% (dezessete por cento), que ao invés de diminuir a incidência dos transtornos mentais, reforçavam-nos. Em sentido contrário, continua o texto da justificação, experiências implantadas na rede pública, durante a década de 80 (oitenta), denotaram a viabilidade terapêutica de formas alternativas de tratamento em saúde mental, aliadas ao respeito aos direitos e à liberdade dos pacientes. (BRASIL, 1990a, p. 7877).

A liberdade é apontada, no projeto de lei n. 3.657-A, como o cerne do atendimento em saúde mental.

Conclui a justificação do projeto de lei em análise:

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar – **da única forma possível** – o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte, os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos. (BRASIL, 1990b, p. 7877, grifos do autor).

Para assegurar a cidadania e a liberdade dos portadores de transtornos mentais, bem como a oferta de atendimentos alternativos em saúde mental, o projeto de lei n. 3.657-A propõe a proibição, no seu artigo primeiro, da edificação de novos hospitais psiquiátricos públicos, assim como a destinação de recursos públicos, quer por meio de contratação, quer por meio de financiamento, para a utilização de novos leitos em hospitais psiquiátricos. Tais medidas visam, também,

conforme expõe a ementa do projeto, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos.

No segundo artigo, atribui-se ao Poder Público, em nível estadual e municipal, o planejamento para a implantação dos serviços extra-hospitalares, tais como hospital-dia, centro de atenção e centros de convivência. Esse planejamento e seu respectivo cronograma deve ser apresentado às comissões de saúde do Poder Legislativo em um ano, a contar da data da aprovação da lei (§ 1º do art. 2º do Projeto de Lei n. 3.657/1989).

O parágrafo segundo do artigo 2º dispõe acerca das competências do Poder Público Federal e Estadual, desempenhadas, respectivamente, por intermédio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais, para coordenarem o processo de substituição dos leitos psiquiátricos.

A criação de um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde, está prevista no parágrafo terceiro do artigo segundo. Referido Conselho deve ser composto por representantes seguintes segmentos: trabalhadores em saúde mental, usuários, familiares dos usuários, Poder Público, Ordem dos Advogados do Brasil e comunidade científica. Ainda em consonância com os disposto no anteriormente mencionado parágrafo a missão do Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica é acompanhar e, ao final, aprovar os planos regionais e municipais de desinstitucionalização.

A questão das internações psiquiátricas compulsórias é abordada no artigo terceiro. Ali se estabelece a comunicação dessa modalidade de internação à autoridade judiciária local, notadamente a Defensoria Pública. Referida comunicação deveria ser realizada pelo profissional que a efetuou, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

O parágrafo primeiro do artigo terceiro define a internação psiquiátrica compulsória, como “[...] aquela realizada sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.”

A averiguação da legalidade da internação, em até 24 horas, bem como o zelo pelos direitos do cidadão internado é de competência da Defensoria Pública ou de outra autoridade judiciária que a substitua. Tal fiscalização dar-se-ia por meio de pareceres - elaborados após a oitiva do paciente, seus familiares, profissionais da saúde (mental) ou outras pessoas, a critério da autoridade - e auditorias periódicas,

conforme preceituavam os parágrafos segundo e terceiro do artigo 3º do projeto de lei n. 3.657.

Por fim, observando a boa técnica legislativa, o artigo quarto dispõe acerca do início da vigência da norma - data da publicação - e da revogação - tácita - dos dispositivos legais que a contrariem, notadamente os constantes do Decreto (Lei) n. 24.559, de 03 de julho de 1934.

Em 14 de dezembro de 1990 é aprovada na Câmara dos Deputados a redação final do projeto de lei n. 3.657-B, de 1989, por acordo de lideranças (BRASIL, 1995, p. 05507). Nessa versão, que é a encaminhada ao Senado Federal, são realizadas as seguintes alterações.

Inclusão de dois parágrafos no artigo primeiro, cujo *caput* não foi alterado. No primeiro parágrafo atende-se às disparidades regionais, prevendo a implantação gradativa, nas regiões sem estrutura ambulatorial adequada, da extinção dos hospitais psiquiátricos, a fim de se evitar o colapso do atendimento no sistema de saúde mental dessas localidades. A regulamentação, por lei estadual, das exceções geradas por demandas regionais, é prevista no segundo parágrafo do artigo primeiro.

Desmembramento do disposto no artigo quarto, reservado, nesta versão, à previsão do início da vigência normativa, o que gera a inclusão de um artigo quinto, onde está disposta a revogação dos dispositivos legais que contrariem a lei, em especial os havidos no Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934.

Além de se incluir um artigo, essa versão do projeto de lei n. 3.657-B corrige o erro havido na proposta anterior, que prevê a revogação do disposto no Decreto Lei n. 24.559 e não no Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934, que era a norma que, efetivamente, versava sobre saúde mental.

No Senado Federal, o projeto de lei é protocolado sob o n. 08/1991 - PLC n. 08, de 1991 - (BRASIL, 1991, p. 207-8). Em 04 de abril de 1991 o projeto é encaminhado à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), após avocação do senador Almir Gabriel, onde permanece até 20 de janeiro de 1997 (BRASIL, 1999, p. 16714).

Ao longo do tempo em que permanece na CAS, o Projeto de Lei da Câmara n. 08/1991, até a sua efetiva aprovação, sofre um total de 11 (onze) emendas e recebeu um substitutivo de autoria do senador Lucídio Portella, acolhido em detrimento do parecer emitido pelo então relator, senador Lúcio Alcântara, em 23 de novembro de 1995. Esse substitutivo passa a constituir o parecer da CAS (BRASIL,

1999, p. 16714). Nesse parecer, de n. 896, de 1995 (BRASIL, 1995, p. 05507-05513) são apresentadas argumentações técnicas, tanto de caráter médico-científico como de cunho jurídico-legislativo.

Dentre os principais pontos atacados, destaca-se o referencial teórico adotado como paradigma da reestruturação do sistema de saúde mental brasileiro - Reforma Basaglia -, que seria calcado em posturas político-ideológicas, desprovidas de valor técnico-científico, que “[...] reduzem as doenças mentais a simples conseqüências da chamada ‘repressão político-social dominante’.” (BRASIL, 1995, p. 05507).

A ênfase no atendimento comunitário também é combatida, com fulcro na experiência de outros países que o adotaram e que estariam sofrendo as conseqüências negativas desse modelo, na medida em que um grande contingente de portadores de transtornos mentais egressos de hospitais psiquiátricos estaria nas ruas, mendigando.

Para compreender essa questão, é importante observar que a assistência extra-hospitalar exclusiva não contempla plenamente a necessidade de tratamento do doente grave, o qual, em virtude da própria doença, não se considera doente e se nega a qualquer tratamento. A assistência comunitária tem se mostrado mais eficiente no atendimento do portador de transtorno mental leve, que por si mesmo busca tratamento ou, ainda, daquele cuja família dispõe de tempo e recursos para acompanhá-lo. (BRASIL, 1995, p. 05508).

Em relação aos aspectos jurídicos, é apontada a inconstitucionalidade do projeto de lei por violar repartição de competências ao estabelecer, através de lei federal, prazos e competências a serem cumpridos por outros entes da federação - Estados-Membros e Municípios (BRASIL, 1995, p. 05508).

A utilização incorreta de termos técnico-jurídicos e médicos é outra questão analisada no parecer n. 896/1995, da CAS. “Poder de seqüestro”, “Seqüestro ilegal”, “manicômio”, “internação compulsória”, “Defensoria Pública” são usados no texto do projeto de lei de modo equívoco, prejudicando a boa técnica legislativa e, sobretudo, o espírito da lei.

A título exemplificativo, o seqüestro é tipificado no artigo 148 do Código Penal Brasileiro (CP), que dispõe, *in verbis*:

Art. 148. Privar alguém de sua liberdade, mediante seqüestro ou cárcere privado:

Pena – reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 1º A pena é de reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos:

I – se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge do agente ou maior de 60 (sessenta) anos.

II – se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital;

III – se a privação da liberdade dura mais de 15 (quinze) dias.

§ 2º Se resulta à vítima, em razão de maus-tratos ou da natureza da detenção, grave sofrimento físico ou moral:

Pena – reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos. (grifos nossos)

No Brasil o termo manicômio (judiciário) é reservado para o que atualmente se denomina hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), ou seja, para os hospitais psiquiátricos destinados ao tratamento dos portadores de transtornos mentais que tenham praticado crime ou para condenados que, durante o cumprimento da pena imposta pela autoridade judicial, tenha apresentado um transtorno mental. Referido tratamento, determinado pelo Poder Judiciário, é denominado medida de segurança.

Outro equívoco apresentado no parecer da CAS é no tocante ao uso da terminologia “internação compulsória” ao invés de “internação involuntária”. A primeira ocorre quando há determinação judicial, adotando-se a aplicação de medida de segurança. Já a segunda modalidade de internação, decorre de ato de terceiro, contrário à vontade do usuário do serviço.

Por fim, o parecer ataca a expressão “extinção progressiva”, profetizando que, caso haja a aprovação do projeto de lei, nos moldes propostos pelo seu autor, a referida extinção progressiva será instantânea, como o foi na Itália e nos Estados Unidos, gerando, assim, o esvaziamento coletivo dessas instituições.

No item III do parecer n. 896/1995 o seu relator, senador Lucídio Portella expõe e analisa as quatro emendas propostas por seu colega Lúcio Alcântara, que é favorável à aprovação do Projeto de Lei da Câmara n. 08 de 1991, caso suas emendas sejam acolhidas.

O senador Lucídio Portella combate, uma a uma as quatro emendas e, na seqüência propõe um substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991 (Emenda n. 04-CAS). A comissão [CAS] rejeita o relatório do senador Lúcio Alcântara e aprova o voto em separado do senador Lucídio Portella, pela aprovação do projeto na forma do substitutivo que apresenta e passa a constituir o parecer da CAS (BRASIL, 1995, p. 05510-20). É esse substitutivo que é, em 2001, com algumas poucas alterações, promulgado como a lei n. 10.216/2001 (vide também BRASIL, 1996, p. 02140-2; BRASIL, 1999, p. 16712-3).

4.2 Bioética e biodireito: uma distinção necessária

Há, entre os bioeticistas (HOOFT, 2003, p. 499-508), uma crítica quanto à juridicização da bioética, caracterizada pela utilização do termo “biodireito”. Para esses autores, o “biodireito” consiste numa relação hegemônica do Direito sobre os demais saberes que se voltam para o estudo da ética da vida, o que empobreceria o diálogo pluralista que vem sendo desenvolvido entre vários setores do conhecimento, inclusive o próprio Direito.

A utilização do termo biodireito, neste trabalho, não se propõe a reforçar uma possível tentativa de segregar ou estabelecer uma relação hegemônica entre Direito e os demais campos do saber, nos moldes da tão conhecida fórmula “ciências auxiliares do Direito”. Muito pelo contrário, esta proposta de pesquisa resulta de uma formação multidisciplinar, que valoriza e privilegia a contribuição trazida pela diferença e pelo diálogo. Mas, por outro lado, também se propõe a identificar e discutir as questões bioéticas que abrangem a vida e a saúde, fora da esfera estritamente social (acadêmica, profissional, reflexiva, religiosa) e se estendem ao campo jurídico-institucional.

Apesar de direito e ética disciplinarem o comportamento humano por intermédio do dever-ser, “a função fundamental da *Bioética* é pedagógica é a de passar precisamente dos princípios às normas, ao *Biodireito*” (SANTOS, 2001, p. 8, grifos da autora). A coercibilidade, ou seja, a possibilidade de fazer uso da força para exigir a observância da regra imposta ainda é monopólio do Estado e se constrói por intermédio do Direito que se volta também, mas não exclusivamente para a vida e a saúde, enquanto bens juridicamente tutelados.

A distinção aqui proposta entre bioética e biodireito pauta-se pela proposta estabelecida por Theodor Viehweg e adotada por Tercio Sampaio Ferraz Júnior (2003, p. 39-51) entre enfoque dogmático e zetético em pesquisa. Esses dois enfoques não se opõem, há uma interrelação entre eles. O traço distintivo entre ambos os enfoques é a ênfase, na investigação, no aspecto pergunta ou no aspecto resposta do problema, o que gera diferentes conseqüências. Dependendo do enfoque utilizado para se proceder à investigação de um problema tem-se um saber dogmático - biodireito - ou zetético - bioética. Para Viehweg (1997, p. 101-2), o

pensamento dogmático é um pensamento de opinião, porque tem como ponto de partida uma opinião previamente estabelecida - um dogma.

No campo do direito, isso se realiza com o objetivo de provocar, em um grupo social mais ou menos amplo, um comportamento jurídico o mais livre possível de perturbações e de eliminar, de uma maneira adequada, as perturbações deste comportamento. Portanto, o pensamento jurídico-dogmático tem, primariamente, uma *função social* [...] (VIEHWEG, 1997, p. 101, tradução nossa, grifos do autor).³¹

O pensamento zetético, por sua vez, continua Viehweg (1997, p. 102, tradução nossa, grifos do autor)

[...] tem, primariamente, uma *função cognoscitiva*. Essa função estrutura e determina este pensamento. Não admite que idéias fundamentais pressupostas fiquem dogmaticamente fora de questão, mas que, melhor dizendo, para poder avançar na investigação, às vezes tem que colocá-las em dúvida.³²

Ao lidar com um problema, que se insere no mundo do **ser**, a **zetética**, (*zetein* = indagar, perquirir) no caso, a bioética, por ter uma função especulativa, enfatiza o aspecto pergunta da investigação, colocando em dúvida, questionando o objeto, seus pressupostos e até mesmo a própria solução dada ao problema. “[...] o problema leva assim a uma seleção de sistemas e em geral a uma pluralidade de sistemas; aqui se trataria, portanto, de algo assim como um sistema aberto no qual o ponto de vista não é adotado de antemão.” (ATIENZA, 2002, p. 67).

A zetética pode, ainda, dividir-se em zetética empírica pura e aplicada e analítica pura e aplicada.³³ A bioética pode ser classificada como zetética analítica aplicada, pois “o teórico ocupa-se com a *instrumentalidade* dos pressupostos últimos e condicionantes do fenômeno [...]” (FERRAZ JÚNIOR, 2003, p. 46).

Por isso, há uma diversidade de interpretações acerca do estatuto epistemológico da bioética. Segundo Sgreccia (1996, v. I, p. 42-3), existem aqueles

³¹ “En el campo del derecho, ello se realiza con el objeto de provocar, en un grupo social más o menos amplio, un comportamiento jurídico lo más libre posible de perturbaciones de este comportamiento jurídico lo más libre posible de perturbaciones y de eliminar, de una manera adecuada, las perturbaciones de este comportamiento. Por lo tanto, el pensamiento jurídico-dogmático tiene primariamente una *función social* [...]” (VIEHWEG, 1997, p. 101, grifos do autor).

³² “[...], el pensamiento zetético tiene, primariamente, una *función cognoscitiva*. Ella estructura y determina este pensamiento. No permite que ideas fundamentales pressupuestas queden dogmáticamente fuera de cuestión, sino que, más bien, para poder avanzar en la investigación, a veces tiene que ponerlas en tela de juicio.” (VIEHWEG, 1997, p. 102, grifos do autor).

³³ Para Ferraz Júnior (2003, p. 44), “[...] uma investigação [zetética] pode ser realizada no nível *empírico* isto é, nos limites da experiência [zetética empírica], ou de modo que ultrapasse esses limites, no nível formal da lógica, ou da teoria do conhecimento ou da metafísica, por exemplo [zetética analítica]. Além disso, a investigação pode ter um *sentido puramente especulativo* [zetética pura], ou pode produzir resultados que venham a ser tomados como base para uma eventual *aplicação técnica à realidade* [zetética aplicada].” (grifos do autor).

que concebem a bioética como uma movimento de idéias, que sofrem transformações historicamente determinadas, enquanto para um segundo grupo, ela seria uma metodologia, que contrapõe, interdisciplinarmente, as ciências biomédicas e as ciências humanas. Um terceiro segmento defende ser a bioética uma disciplina autônoma, diversa da ética médica.

Sgreccia (1996, v. I, p. 43-4) defende ser a bioética uma ética que visa a refletir sobre os aspectos morais, envolvendo questões biomédicas, acerca das “[...] intervenções sobre a vida, entendida em sentido extensivo que deve compreender também as **intervenções sobre a vida e a saúde do homem**” e sua correlação com as ciências humanas e jurídicas (grifos nossos).

Diante dessa pluralidade de entendimentos, produz-se uma diversidade de paradigmas bioéticos que podem ser adotados para se pensar a ética da vida ou a solução de um problema que envolva a vida e a saúde do indivíduo ou de um grupo de pessoas ou até mesmo de uma coletividade, dentre os quais destacam-se: o liberal, o das virtudes, o casuístico, o principialista, o do cuidado, o hermenêutico, o contratualista, o antropológico personalista (ENGELHARDT JR., 1998; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1996; SGRECCIA, 1996, v. 1).

Independentemente do modo como vai-se tratar a bioética - teórica ou praticamente - ela, enquanto “ética da vida”, abrange questões relacionadas a **intervenções na procriação humana** - concepção, aborto, doação de embrião -, **no patrimônio genético** - manipulação envolvendo o genoma humano -, **no envelhecimento e na morte** - eutanásia, suicídio assistido -, **no corpo humano** - transplante de órgãos -, **manipulação da personalidade** - neurocirurgia, psicotrópicos - e **experimentação no ser humano** - embriões excedentes. (HOTTOIS; PARIZEAU, 1998, p. 61; grifos nossos).

Se essas questões, contudo, passam a ser analisadas não mais sob uma perspectiva ética, mas sim jurídica, apresentam-se como objeto do biodireito ou bioius, que é fruto da dogmática (BELLINO, 1997, p. 34-5).

Já a **dogmática**, é composta por um corpo de teorias (doutrinas) cuja finalidade é o ensinar (*docere*) e sua existência no mundo contemporâneo pode ser ilustrada pelo Direito e pela Teologia (FERRAZ JÚNIOR, 2003, p. 49; FERRAZ JÚNIOR, 2005, p. 73). O jurista, sob esse enfoque, lida com o problema buscando encontrar uma resposta que possibilite a tomada de decisão ou oriente a ação, para pôr fim ao conflito. Para chegar à decisão, a dogmática - o biodireito - adota alguns pontos de partida inquestionáveis - princípio da inegabilidade dos pontos de partida - a norma jurídica - que impõem um caráter de certeza à questão, ainda imprecisa,

produzindo, desta feita, um conhecimento diretivo - como **deve-ser** algo. Essa decisão só é juridicamente válida se estiver inserida num sistema - ordenamento jurídico brasileiro, por exemplo - que, por sua vez, em face da complexidade social e normativa, pode se subdividir em micro-sistemas, como o biodireito.

Walter Esteves Piñeiro (2002, p. 74) defende que o

Biodireito apreende esse objeto [vida] de uma forma distinta dos outros ramos do saber jurídico. Somente ingressarão em seu campo de atenção as normas jurídicas que tiverem a vida como centro de interesse, mas **desde que relacionadas à nova medicina, com suas novas tecnologias e descobertas**. (grifos nossos).

Discorda-se parcialmente desse entendimento. O biodireito volta-se, sim, para as questões atinentes à vida e à saúde, mas não apenas para as que se relacionam com a biotecnologia e a engenharia genética. Essas tecnologias são apenas desdobramentos, aperfeiçoamento de outras tecnologias e formas indiretas de se estabelecer relação com a temática da vida e não devem ser o critério utilizado para uma norma integrar o micro-sistema do biodireito.

O biodireito deve nortear as questões jurídicas cuja temática tenha como finalidade a vida e a saúde. Muitas dessas questões podem ser tradicionalmente interpretadas, em outros campos do Direito, tais como o Direito Penal, o Direito do Trabalho, o Direito Civil, como tendo por finalidade a segurança pública, a ordem e a paz social, o trabalho, a família. Mas o viés do biodireito deve propor uma reformulação dessas interpretações e relações a partir da ética da vida. Assim, o critério distintivo entre o Biodireito e os demais ramos do Direito deve ser a interpretação que faz do *telos* normativo: a vida e a saúde do indivíduo, de grupo(s) de indivíduos ou de uma coletividade, a partir dos princípios bioéticos. “[...] a dogmática jurídica não se exaure na afirmação do dogma estabelecido, mas interpreta sua própria vinculação, ao mostrar que o vinculante sempre exige interpretação, o que é a função da dogmática.” (FERRAZ JÚNIOR, 2003, p. 49).

O biodireito não é, então, a regulação dos comportamentos conexos às questões que envolvem a vida humana, com ou sem implicações biotecnológicas, realizada pelo Estado, por intermédio das normas que elabora ou reconhece, seja uma lei, como é o caso da lei n. 10.216/2001, sejam portarias, como a GM n. 2.077/2003, que dispõe sobre o Programa “De volta para casa” e resoluções, tais como a n. 298/1999, que institui a Comissão de Saúde Mental, ou ainda, normas

internacionais, como a Declaração de Caracas e outros tratados e convenções que tutelam os interesses dos portadores de transtornos mentais.

O biodireito consiste, pois, na formulação jurídico-doutrinária (dogmática) de teorias que, por intermédio da interpretação dessas normas e dos princípios, possibilitem a decisão de conflitos bioéticos com o menor custo social. O biodireito, enquanto dogmática, corresponde ao resultado da interpretação dos doutrinadores acerca dos dilemas bioéticos e dos princípios que tornam possível a solução dos princípios. É uma forma de conhecimento operacional que os juristas constroem com vistas à decisão. Compete, assim, ao biodireito construir doutrinas que possam ser aplicadas pelo Poder Judiciário, na decisão dos conflitos. Por exemplo: a legislação civil e penal brasileira estabelece que um indivíduo maior de 18 anos é civilmente capaz e penalmente responsável. Essa capacidade civil e penal pauta-se pela consciência e pela “autonomia da vontade” do indivíduo. Pergunta-se: qual é a extensão da autonomia da vontade do portador de transtornos mentais? Em que situações ela (não) deve ser considerada? Ela pode ser alterada por meio de intervenções cirúrgicas ou pesquisas científicas?

4.3 O paradigma bioético que norteia a lei n. 10.216/2001

Dentre os paradigmas bioéticos existentes prevalece, no âmbito da literatura teórica e normativa nacional, a bioética principialista e essa prevalência faz-se notar na lei n. 10.216/2001 e nas portarias e resoluções que regulamentam suas diretrizes, quando se fala em consentimento informado, cientificar formalmente a pessoa, familiares ou responsáveis sobre os seus direitos, ser tratado com dignidade e respeito, dentre outros. Esses exemplos denotam a principal preocupação do paradigma principialista, interpretado sob o enfoque deontológico: os direitos e deveres das pessoas envolvidas na relação que envolve a vida e a saúde de outrem. Por isso, o respeito ao outro e à sua autonomia permeiam as reflexões e decisões que envolvem essa vertente do modelo principialista.

Se esses mesmos princípios forem analisados sob uma perspectiva utilitarista, o cerne da interpretação desvia-se dos direitos e deveres e enfatiza as conseqüências dos seus atos, como fazem os utilitaristas.

O paradigma principialista tem como idealizadores e principais teóricos Tom Beauchamp e James Childress (*apud* GRACIA, 1998), que propõem quatro princípios fundamentais da Bioética, a seguir descritos.

4.3.1 *Beneficência*

Esse princípio caracteriza uma exigência bioética de se fazer o bem (*bonum facere*). É o que Gracia denomina de ética do apoio (1998, v. 2, p. 121). Segundo Santos (1998, p. 42), esse princípio "[...] enuncia a obrigatoriedade do profissional da saúde e do investigador, de promover primeiramente o bem do paciente e se baseia na regra da confiabilidade."

4.3.2 *Não-maleficência*

Há autores que entendem estar a não-maleficência inserida no princípio da beneficência (BELLINO, 1997, p. 198). Tal posicionamento é confirmado por Santos (1998, p. 43) que, no entanto, discorda dele:

[...] muitos não distinguem o princípio da beneficência do da não-maleficência (**primum non nocere** = antes de tudo não prejudicar). Esse princípio bioético determina não infringir qualquer tipo de dano, provém daqui, a regra da fidelidade.

Gracia (1998, v. 2, p. 122) entende que o profissional da saúde e, por conseguinte o da saúde mental, estará observando o princípio da não-maleficência - a ética da não-lesão – se não agir com imperícia,³⁴ imprudência³⁵ ou negligência.³⁶ A ruptura do sigilo profissional para evitar que terceiro sofra danos, a não administração indiscriminada de psicofármacos ou de eletrochoques como punição

³⁴ imperícia - "imperfeição, falta de técnica necessária para a realização de dada atividade." (MALTA; LEFÈVRE, 1987, p. 444).

³⁵ imprudência - "falta de prudência. Forma de culpa que se caracteriza pela falta de atenção ou de observância de medidas de precaução necessárias para evitar um dano." (DINIZ, 1998, v.2, p. 789).

³⁶ negligência - "omissão ou inobservância de dever." (DINIZ, 1998, v.3, p. 345).

também caracterizam a observância ao princípio da não-maleficência em saúde mental (GRACIA, 1998, v. 2, p. 122).

4.3.3 *Justiça ou Eqüidade*

É a ética da não-discriminação, é o dever de assegurar um tratamento igualitário entre indivíduos ou grupos de indivíduos (coletividades) na repartição dos benefícios e encargos sociais e, por isso, o princípio da justiça é o mais significativo de todos, para filósofos, médicos e juristas devendo, portanto, pautar a edição de "[...] normas e regras sobre a vida de outro ser humano" (SANTOS, 1998, p. 53).

É o princípio da justiça que obriga a garantir a distribuição justa, eqüitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde. Impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual maneira, não obstante, suas diferenças, surge aqui a regra da privacidade. (SANTOS, 1998, p. 45).

Gracia (1998, v. 2, p. 122, tradução livre nossa) entende que as exigências expressas nas atuais legislações voltadas para a saúde mental, no sentido de exigirem uma atuação do Estado, na repressão à utilização da internação psiquiátrica como instrumento de segregação ou de controle social e político ou ao apoio social ao portador de transtorno mentais e seus familiares, fundam-se no princípio da justiça.

4.3.4 *Autonomia*

"*Autos* (eu, próprio), *nomos* (lei). Diz respeito à capacidade que tem a racionalidade humana de fazer leis para si mesma. Significa a capacidade de autogovernar-se." (SANTOS, 1998, p. 43).

Alguns problemas bioéticos e biojurídicos podem ser extraídos da relação entre o usuário (paciente) dos serviços de saúde mental e a equipe de saúde, em especial do médico psiquiatra e que perpassam pela problemática da autonomia.

Diego Gracia (1998, v. 2, p. 121) destaca, dentre eles, a persuasão, manipulação ou coação³⁷ do usuário do serviço de saúde mental, a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, tal como aceitar a internação ou o tratamento proposto, o que, por sua vez, remete a outra problemática: a da capacidade ou competência dos pacientes com transtorno mental, cujos critérios variam da consideração de que todos os enfermos são incompetentes - para decidir acerca do seu tratamento, por exemplo - à consideração de que alguns enfermos são incompetentes, tais como os doentes mentais (posto não gozarem, em tese, de autonomia psíquica).

A temática da autonomia do portador de transtorno mental é de grande relevância, por isso, suas implicações em outros aspectos da vida do portador de transtorno mental também serão tratadas na seção 6.

³⁷ Juridicamente, coação é “aplicação efetiva de uma sanção pelo poder competente segundo os processos legais contra o violador da norma” (Diniz, 1998, v.1, p. 622).

5 UMA COMPREENSÃO DA LEI N. 10.216/2001 A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DOS ESTADOS DE MINAS GERAIS E SÃO PAULO

5.1 Caracterização da pesquisa de campo sobre a lei n. 10.216/2001

A análise da lei n. 10.216/2001 a seguir exposta, é pautada, também, por pesquisa de campo, realizada em Minas Gerais e São Paulo, por meio de observação e coleta de dados através de questionários elaborados, tomando como base a referida lei (apêndices B e D).

A escolha desses dois estados-membros da federação para a coleta dos dados empíricos deve-se ao fato de serem ambos, historicamente, pólos manicomial. Além disso, o projeto de lei que dá origem à lei n. 10.216/2001 é proposto pelo então deputado federal do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, Paulo Delgado. Aliado ao exposto, Minas Gerais é um dos primeiros estados-membros da federação a promulgar, em 1995, a lei estadual n. 11.802/1995 (alterada pela n. 12.684, de 1º de dezembro de 1997 e regulamentada pelo Decreto n. 42.910, de 26 de setembro de 2002), voltada para a regulação dos serviços de saúde mental e para os direitos dos portadores de sofrimento mental daquele estado. São Paulo, por sua vez, além de ter um expressivo número de hospitais psiquiátricos - só nas regiões de São Paulo - capital, Mogi das Cruzes, Osasco e Santo André estão cadastrados 57 clínicas e hospitais públicos e particulares (SÃO PAULO, 2004) - e de se encontrar na vanguarda da luta antimanicomial regula a temática da saúde mental apenas por meio de um artigo inserido no bojo do seu Código de Saúde (art. 33).

O desenvolvimento da pesquisa dá-se em conformidade com as exigências bioéticas e biojurídicas que pautam as pesquisas que envolvem seres humanos, notadamente as dispostas na Resolução CNS n. 196/1996, a CF/88 e a lei n. 10.216/2001: a) a submissão do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de origem - PUC/SP (Apêndice A); b) elaboração e entrega aos participantes dos seguintes termos: i) termo de autorização institucional; ii) termo de consentimento do usuário (ou do seu responsável legal); iii) termo de

consentimento do membro de equipe de saúde (mental) (Apêndices C, E e F); c) esclarecimento verbal, prévio, aos participantes da pesquisa.

Os questionários voltam-se para dois grupos de respondentes, por serviço de saúde (mental): a) equipe de saúde (mental) - 5 membros de cada equipe de saúde - e usuários de serviços de saúde (mental) - 10 usuários.

Dentre os vários serviços de saúde mental contatados, 14 participam da pesquisa - 10 serviços são hospitalares, dentre os quais 08 são hospitais psiquiátricos e 02 são hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) e 04 são serviços extra-hospitalares (CAPS).

A amostra compreende 68 profissionais da saúde e 102 portadores de transtornos mentais. Dentre os profissionais da saúde participantes, 13 atuam em serviços de saúde (mental) localizados em Minas Gerais e 54, em São Paulo. Dos 102 portadores de transtornos mentais, 27 realizam seu tratamento em Minas Gerais e 75 em São Paulo.

5.2 Os transtornos mentais

Os transtornos mentais e comportamentais são, de acordo com a OMS (2002, p. 53):

[...] condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações [ininterruptas ou recorrentes], do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento [pessoal].

Os transtornos mentais podem ser **congenitos**, quando têm origem no período embrionário ou fetal, podendo ser hereditárias (ex: autismo, esquizofrenia) ou adquiridas (atraso ou retardo mental por exposição a agentes químicos ou físicos - álcool, cigarro, medicamentos, radiação, dentre outros - capazes de alterar a formação natural do embrião ou feto). Já os **adquiridos** são psicopatologias resultantes de comportamentos de risco ou acidentes, havidos após o nascimento do indivíduo. Transtornos mentais **crônicos** são aqueles que não evoluem normalmente para a cura, mas são passíveis de controle, intercalando-se com períodos de agudização, que podem evoluir para a morte ou voltar à fase de

controle, onde o paciente adquire um estado de normalidade ou muito próximo dela. Os transtornos mentais **agudos** são agravos que normalmente evoluem para a cura ou, em casos extremos, para o óbito. Caso não evolua para o óbito, há a remissão total da psicopatologia. Alguns transtornos mentais agudos podem evoluir para a cronificação (ex: depressão, ansiedade).

A sua manifestação e gravidade decorrem, contudo, da interação entre fatores biológicos, psíquicos e sociais.

No **âmbito biológico**, existem comprovações acerca da relação entre transtorno mental e falhas no funcionamento neural, tal como ocorre na esquizofrenia, na depressão e na dependência de substâncias psicoativas. Além disso, a ocorrência de transtornos mentais e comportamentais graves também está correlacionada “[...] a um significativo componente de risco genético” aliado à interação com fatores ambientais, que possibilitam a manifestação do agravo mental, tais como violência familiar, desnutrição e abandono (OMS, 2002, p. 41-2).

Além dos fatores biológicos, o aparecimento do transtorno mental pode decorrer de **fatores psicológicos individuais**. A relação afetiva entre o indivíduo e seus genitores ou seus responsáveis ou a inexistência dela contribui para o desenvolvimento saudável ou patológico do indivíduo ao longo da sua vida. As pessoas privadas de afeto ou aquelas cujas trocas afetivas sejam pobres têm maior probabilidade de apresentarem um ou mais tipos de transtorno mental no decorrer do seu desenvolvimento (OMS, 2002, p. 42).

As interações entre indivíduo e meio-ambiente social contribuem para a conformação do comportamento humano. Por isso, o reforço positivo ou negativo de certos comportamentos expressos pelo indivíduo pode levá-lo a reproduzi-los ao longo da sua vida - se forem aceitos socialmente - ou a abandoná-lo ou a se recriminar, sentir-se culpado ou inadequado, caso seja socialmente reprovado. Geralmente, os transtornos mentais e comportamentais são considerados indesejáveis e recebem reprovação social, por meio do abandono familiar, da discriminação social, da internação (OMS, 2002, p. 42-3).

O modo como cada pessoa lida com fatores estressantes também pode desencadear um transtorno mental ou comportamental, como a depressão e a ansiedade. Indivíduos que expressam seus sentimentos ou procuram meios de controlar o fator estressante têm menor possibilidade de apresentar um transtorno

mental em relação às pessoas que se recusam a enfrentar o fator gerador de estresse (OMS, 2002, p. 43).

Fatores sociais como pobreza, gênero (em especial a violência de gênero) e racismo, dentre outros, contribuem para a manifestação do transtorno mental.

A relação entre pobreza e transtorno mental é complexa.

Os pobres e desfavorecidos acusam uma prevalência maior de perturbações mentais e comportamentais, inclusive as causadas pelo uso de substâncias. Esta maior prevalência pode ser explicada tanto por uma **maior susceptibilidade dos pobres** [mecanismo causal] como pelo eventual **empobrecimento dos doentes mentais** [teoria do empobrecimento]. (OMS, 2002, p. 44; grifos nossos).

Pesquisa transcultural (OMS, 2002, p. 83) verificou que em países em desenvolvimento como o Brasil a ocorrência de transtornos mentais entre as camadas mais pobres é duas vezes maior do que entre as classes mais altas da população.

As múltiplas atribuições e papéis sociais suportados pelas mulheres na sociedade contemporânea, de todas as camadas sociais, aliados à vivência de violência sexual (são, ainda, as maiores vítimas de violência doméstica em todo o mundo) e discriminações no mercado de trabalho (salários mais baixos, dificuldade de acesso a altos postos de gestão) fazem-nas mais susceptíveis ao aparecimento de transtornos mentais na sua comunidade. Diante disso, apresentam maior probabilidade de se tornarem usuárias de psicotrópicos e mais susceptíveis à depressão (OMS, 2002, p. 45-6).

A relação entre racismo e transtornos mentais e comportamentais apresenta-se em dois sentidos. Primeiramente, pesquisas de cunho psicológico, antropológico e sociológico apontam que as vítimas de práticas reiteradas de racismo são mais sujeitas a apresentarem problemas mentais ou a sofrer agravamento do seu quadro clínico. Por outro lado, verifica-se que os agressores, assim como suas vítimas, são portadores de transtornos mentais ou comportamentais ou manifestam, no futuro, o transtorno (OMS, 2002, p. 46).

A expressão “transtornos mentais” é semanticamente vaga, ou seja, requer a definição do seu campo de referência, pois depende do contexto técnico-científico e até mesmo cultural em que se insere ou em que está sendo utilizado pelo pesquisador (COMER, 2003, p. 3). Contudo, atualmente, a classificação mais utilizada internacionalmente é a proposta no capítulo V da Classificação

Internacional de Doenças (CID-10), publicada na sua décima versão pela Organização Mundial da Saúde (2003, v. 1).

A Assembléia Geral das Nações Unidas, por sua vez, estabelece na resolução n. 46/1991, que versa sobre *Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*, de 17 de dezembro de 1991, que todo e qualquer diagnóstico de um transtorno mental deverá ser pautado por critérios médicos aceitos internacionalmente, razão pela qual a classificação proposta no CID-10 pauta essa pesquisa. Dispõe, ainda, que o diagnóstico de transtorno mental não pode ser pautado por parâmetros discriminatórios, tais como classe social, valores políticos, econômicos, conflitos familiares ou profissionais, inconformismo moral, social, cultural (ONU, 1991).

Para o CID-10 (OMS, 2003, v. 1), são considerados transtornos mentais exemplificativamente:

5.2.1 Transtornos do desenvolvimento psicológico

São assim denominados os transtornos que têm início na primeira ou na segunda infância e evoluem continuamente, sem remissões, comprometendo ou atrasando o desenvolvimento das funções relacionadas “[...] à maturação biológica do sistema nervoso central”, tal como a aquisição da linguagem - como a afasia e a dislalia - e do desenvolvimento motor - síndrome da “criança desajeitada” (OMS-CID-10, 2003, p. 363).

Destaca-se no âmbito dos transtornos do desenvolvimento psicológico o **autismo infantil**. Trata-se de um **transtorno global do desenvolvimento**, que consiste:

[...] no desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento de cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo fobias, perturbações do sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade). ” (OMS-CID-10, 2003, v. 1, p. 367-8).

Dos 102 usuários que participam desta pesquisa, 4 (3,88%) apresentam essa modalidade de transtorno mental.

O autismo representa, segundo os profissionais de saúde respondentes, 11,76% das causas mais freqüentes de internação ou tratamento nos seus respectivos serviços de saúde mental, enquanto outros transtornos globais do desenvolvimento - psicoses infantis - equivalem a 4,41% dos atendimentos prestados em saúde mental.

5.2.2 Retardo Mental

O retardo mental é uma modalidade de transtorno mental caracterizada pelo estacionamento do

[...] desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. (OMS-CID-10, 2003, v. 1, p. 361).

O retardo mental pode ou não estar associado a outro transtorno mental. Divide-se em: leve, moderado, grave ou profundo. Considera-se **leve** o retardo mental do indivíduo cujo QI varia entre 50 e 69. A sua idade mental, se for adulto, fica entre os 9 e 11 anos. A dificuldade de aprendizagem, durante a escolarização, é um sintoma desse transtorno. Contudo, um grande número de indivíduos com retardo mental leve consegue se inserir no mercado de trabalho, manter relações sociais “satisfatórias”, contribuir para a coletividade e ter autonomia pessoal (COMER, 2003, p. 446; OMS- CID-10, 2003, v. 1, p. 362).

Quando o QI da pessoa está entre 35 e 49 considera-se seu **retardo mental moderado**. Seu desenvolvimento intelectual, caso seja adulto, equivale ao de uma criança entre 6 a 8 anos de idade.

Provavelmente devem ocorrer atrasos acentuados do desenvolvimento da infância, mas a maioria dos pacientes aprende a desenvolver algum grau de independência quanto aos cuidados pessoais e adquirir comunicação adequada e habilidades acadêmicas. Os adultos necessitarão de assistência em grau variado para viver e trabalhar em comunidade. (COMER, 2003, p. 446; OMS- CID-10, 2003, p. 362).

O indivíduo portador de **retardo mental grave ou severo** demanda uma assistência contínua, mas é capaz de desempenhar atividades elementares em “[...] ambientes estruturados e protegidos.” Seu QI fica entre 20 e 34, o que indica uma idade mental entre 3 a 5 anos, caso o indivíduo seja adulto (COMER, 2003, p. 446; OMS- CID-10, 2003, v. 1, p. 362).

O **retardo mental** pode, ainda, ser **profundo**, quando o indivíduo adulto apresenta um QI inferior a 20. A pessoa com esse grau de patologia equipara-se a uma criança de 3 anos de idade, requerendo, ao longo da sua vida, cuidados permanentes de terceiros, tanto no tocante às questões pessoais, como em relação à comunicação, mobilidade e continência (COMER, 2003, p. 446; OMS- CID-10, 2003, p. 362).

O retardo mental tem como uma das suas causas a carência de iodo no organismo, o que dá origem ao cretinismo. A falta de iodo no organismo é a maior responsável pela ocorrência de lesões cerebrais (evitáveis) e retardo mental em todo o mundo (OMS, 2002, p. 77).

Para os 68 membros de equipes de saúde mental, o retardo mental corresponde a 10,29% dos atendimentos ou internações. Em 2,94% dos casos, aparece combinado com outro transtorno mental. Nenhum dos 102 usuários respondentes apresenta diagnóstico de retardo mental.

5.2.3 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência

A hiperatividade, o déficit de atenção sem hiperatividade e distúrbio de conduta são exemplos dessa categoria de agravos mentais.

Segundo o CID-10 (OMS, 2003, p. 370), a hiperatividade e o déficit de atenção sem hiperatividade integram o conjunto dos transtornos hipercinéticos. Esses transtornos manifestam-se na primeira infância e denotam falta de concentração, persistência e conclusão no desenvolvimento de atividades. As crianças que apresentam esse quadro clínico normalmente são “[...] imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por

infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado.” Geralmente não se relacionam bem com as outras crianças, o que pode levá-las ao isolamento.

4 (3,92%) usuários-respondentes apresentam quadro clínico de **hiperatividade**.

O **distúrbio de conduta** deve ser duradouro e se apresentar em desconformidade em relação à idade da criança ou do adolescente. Caracteriza-se pela agressividade exacerbada, por desafios, depredação do patrimônio alheio (desrespeito pelo que é do outro), mentir reiteradamente, dentre outros sintomas.

5.2.4 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

Esses transtornos psíquicos têm causas físicas manifestas. Comungam de “[...] uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou outro comprometimento que leva à disfunção cerebral” (OMS-CID-10, 2003, v. 1, p. 303).

São exemplos de transtornos mentais orgânicos o delírio e a doença de Alzheimer, que é uma doença cerebral degenerativa.

O **delírio**, em sentido amplo, compreende toda e qualquer manifestação caracterizada pela alteração da consciência (TABORDA; CHALUB; ABDALLA-FILHO, 2004, p. 272).

A **demência** pode ser ocasionada, por exemplo, pelo mal de Alzheimer, Parkinson ou doença de Huntington. Caracteriza-se por ser uma

[...] síndrome devida a uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. (OMS-CID-10, 2003, p. 304).

5.2.5 Transtorno da personalidade e do comportamento adulto

Integram esse grupo de transtornos aqueles “[...] estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão

característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros” (OMS-CID-10, 2003, v. 1, p. 303).

A **personalidade dissocial** (sociopática, psicopática, anti-social) constitui-se num exemplo dessa categoria de “transtorno de personalidade assinalado por um padrão geral de desconsideração para com o direito dos outros e violação desses direitos” (COMER, 2003, p. 450).

Outro tipo de transtorno da personalidade é o **transtorno de personalidade com instabilidade emocional** (*borderline*). A pessoa tem um comportamento e um humor imprevisível. Age de modo inconseqüente, não consegue controlar seus impulsos e não aceita ser frustrado (OMS-CID-10, 2003, v. 1, p. 353).

Personalidade Paranóica é um tipo de transtorno em que a pessoa apresenta baixa tolerância a críticas e contrariedades. Desconfia de toda e qualquer tentativa de aproximação, tendendo a hostilizar ou desprezar quem o faz. Suspeita da fidelidade do seu companheiro ou parceiro sexual. Pode atribuir-se uma importância maior do que a que efetivamente possui e tende a lutar obsessivamente por seus direitos (OMS-CID-10, 2003, v. 1, p. 351-2).

Os transtornos da personalidade (psicopatia/sociopatia) perfazem 44,12% das principais causas de tratamento ou internação nos serviços de saúde mental. Contudo apenas 3 (2,94%) dos usuários e respondentes desses serviços apresentam diagnóstico de transtorno da personalidade e 1 (0,97%) transtorno de personalidade com instabilidade emocional (*borderline*).

A personalidade paranóica por sua vez não se manifesta em nenhum dos usuários-respondentes desta pesquisa, mas aparece como responsável por 36,76% das internações ou atendimentos em saúde mental nos estabelecimentos de saúde (mental) participantes desta pesquisa.

5.2.6 Transtorno de humor (afetivos)

São mudanças no humor ou no afeto, que podem ocorrer concomitantemente a modificações do nível global da atividade (OMS-CID-10, 2003, p. 309). O transtorno afetivo bipolar, depressão, mania ilustram essa modalidade de transtorno mental.

A **depressão** pode se apresentar em nível leve, moderado ou grave. A depressão caracteriza-se por um “estado de abatimento e tristeza, falta de energia e baixo valor pessoal, culpa ou sintomas relacionados” (COMER, 2003, p. 435). A **depressão grave** apresenta-se um fator de grande preocupação no cenário da saúde mundial. De acordo com a OMS (2002, p. XII), a depressão ocupa, atualmente, o primeiro lugar como causa de incapacitação. É a quarta entre as dez principais causa de agravos em saúde, em todo o mundo e, ao que tudo indica, passará a ocupar, nos próximos 20 anos, o segundo lugar entre as principais causas de doenças, no planeta.

19 (18, 45%) dos usuários-respondentes sofrem de depressão.

O **transtorno bipolar** (anteriormente denominado psicose maníaco-depressiva) consiste em um transtorno em que se alternam ou misturam períodos de mania (euforia) e depressão.

11 (10,68%) dos usuários-respondentes apresentam quadro de transtorno bipolar.

Tanto a depressão com o transtorno bipolar correspondem a 67,65% das causas mais freqüentes de tratamentos e internações nos serviços de saúde mental, segundo os profissionais-respondentes.

5.2.7 Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos

Dentre essas síndromes destacam-se os transtornos de alimentação, notadamente a anorexia e a bulimia nervosa. A **anorexia nervosa** consiste num transtorno que geralmente acomete jovens do sexo feminino (sem descartar a possibilidade de acometer jovens do sexo masculino), caracterizado pela perda excessiva “intencional, induzida e mantida” de peso, pelo indivíduo (OMS-CID-10, 2003, v.1, p. 344). Essa modalidade de transtorno corresponde a 2,94% dos atendimentos e das internações nos estabelecimentos de saúde mental respondentes. 1 usuário-respondente (0,97%) encontra-se acometido por esse transtorno. A **bulimia nervosa** é um transtorno mental caracterizado pelo consumo excessivo de alimentos, seguido de vômito provocado ou de uso de purgativos a fim

de “colocar para fora” a comida e evitar a aquisição de peso (COMER, 2003, p. 432; OMS-CID-10, 2003, v.1, p. 345). 4,41% dos atendimentos e internações efetuadas pelos serviços de saúde mental participantes desta pesquisa envolvem esse tipo de transtorno. 2 usuários-respondentes (1,94%) apresentam diagnóstico de bulimia nervosa.

5.2.8 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

Caracterizam-se pelo fato de serem desencadeados pelo uso excessivo de substâncias químicas psicoativas, nocivas à saúde, em especial álcool e drogas ilícitas (OMS-CID-10, 2003, v. 1, p. 212).

A síndrome de dependência envolve desejo pronunciado de tomar a substância, dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, diminuição do abandono da participação noutros prazeres e interesses e uso persistente não obstante os danos causados ao próprio e aos outros. (OMS, 2002, p. 70).

O uso de álcool (ao lado da utilização do tabaco) apresenta-se como a de maior escala em nível mundial, o que implica em graves problemas sociais, econômicos e para a saúde pública (OMS, 2002, p. 70-1).

Os transtornos mentais decorrentes do abuso dessas substâncias equivalem a, respectivamente, 63,24% (drogas) e 60,29% (álcool) dos atendimentos efetuados pelos estabelecimentos em saúde mental participantes desta pesquisa.

Os usuários-respondentes dependentes de substâncias psicoativas somam 36 pessoas, dentre as quais 22 (21,36%) são dependentes de álcool e 14 (13,59%) são dependentes químicos.

5.2.9 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes

A esquizofrenia é um transtorno mental que se manifesta, geralmente, no final da adolescência, início da fase adulta, e em que ocorre uma deterioração do funcionamento pessoal, social e profissional em virtude de “[...] percepções

estranhas, processos perturbados de pensamento, emoções incomuns e anormalidade motoras” (COMER, 2003, p. 437). Há, em razão desse agravo mental, uma redução média de dez anos da expectativa de vida dos doentes, em nível mundial, consoante a OMS (2002, p. 74).

Dos 102 usuários-respondentes, 26 (25,24%) apresenta quadro de esquizofrenia.

Dentre os principais agravos que demandam atendimentos e internações em saúde mental, em Minas e São Paulo (nos serviços que participam da pesquisa), a esquizofrenia é, sem sombra de dúvida, a mais freqüente, correspondendo a 82 (35%) dos casos de atendimento ou internação.

5.2.10 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes

Incluem-se nessa categoria o transtorno obsessivo-compulsivo, a fobia, a ansiedade e o transtorno de pânico.

A ansiedade é um transtorno mental que aflige 9 (8,74%) dos usuários-respondentes. 32,35% dos atendimentos ou internações realizados pelos atendimentos em saúde mental (respondentes) envolvem quadro de ansiedade. “A ansiedade é uma reação fisiológica e emocional do sistema nervoso central a uma impressão vaga de ameaça ou perigo.” (COMER, 2003, p. 431).

A fobia, que se constitui em um “medo persistente e irracional de um objeto, uma atividade ou uma situação,” equivale a apenas 1,47% dos atendimentos em saúde mental e foi diagnosticada em 3 (2,91%) dos usuários-respondentes (COMER, 2003, p. 439).

O **transtorno obsessivo-compulsivo** é observado em apenas 1 (0,97%) dos respondentes desta pesquisa, ao passo que 20,59% dos atendimentos e internações são voltados para esses casos clínicos. Trata-se de um transtorno em que o indivíduo sofre de idéias obsessivas (pensamento obsessivo) ou possui um comportamento compulsivo (atos, gestos repetidos, ritualísticos). “O comportamento compulsivo tem por finalidade prevenir algum evento objetivamente improvável,

freqüentemente implicando dano infligido ao sujeito ou causado por ele, que ele(a) teme que possa ocorrer.” (OMS-CID-10, 2003, v. 1, p. 334).

8,82% dos atendimentos ou internações nos serviços de saúde mental-respondentes voltam-se para o tratamento do transtorno do pânico. Esse transtorno caracteriza-se por uma reação aguda ao estresse e é identificada em 2 (1,94%) usuários-respondentes desta pesquisa.

5.2.11 Transtorno mental não especificado

2,94% dos atendimentos ou internações nos serviços de saúde mental abrangem transtornos mentais não especificados.

5.2.12 Epilepsia

A **epilepsia** não mais é classificada como um transtorno mental. Trata-se de um agravo cerebral, caracterizado “[...] pela recorrência de ataques causados por descargas de atividade elétrica excessiva numa parte do cérebro ou no seu todo” (OMS, 2002, p. 75). Contudo a OMS (2002, p. 68; 75) considera-a no conjunto dos agravos em saúde mental, em face da exclusão vivida pelas pessoas acometidas dessa doença, em razão do atraso e até mesmo dos transtornos mentais que a doença pode ocasionar e porque o atendimento desses doentes ainda é feito prevalentemente por psiquiatras.

4,41% dos atendimentos ou internações em saúde mental, feitas pelos estabelecimentos pesquisados em Minas Gerais e São Paulo envolvem a epilepsia. 1 (0,97%) usuário-respondente apresenta diagnóstico de epilepsia em todos os serviços envolvidos na pesquisa.

5.3 Os portadores de transtornos mentais

São denominados portadores de transtornos mentais pessoas, dos sexos feminino e masculino - crianças, adolescentes, adultos ou idosos -, pertencentes a todas as classes sociais, que possuam transtornos mentais congênitos ou adquiridos, crônicos ou agudos.

A psicologia do desenvolvimento (HUFFMAN; VERNOY; VERNOY, 2003, p. 313) divide o desenvolvimento humano em oito estágios que compreendem, aproximadamente, as faixas etárias: a) fase **pré-natal** (da concepção ao nascimento); b) **fase de bebê** (do nascimento aos 18 meses); c) **primeira infância** (dos 18 meses aos 6 anos); d) **infância intermediária ou segunda infância** (6 aos 12 anos); e) **adolescência** (12 aos 20 anos); f) **período adulto jovem** (20 aos 45 anos); g) **período adulto intermediário** (45 aos 60 anos); h) **período adulto tardio** (60 anos até a morte).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no seu art. 2º, considera, para fins legais, **criança** os indivíduos com até 12 anos incompletos. **Adolescente** é a pessoa que tem entre 12 anos completos e 18 anos incompletos.

Adulto é o indivíduo que tem 18 anos completos ou mais.

Esse indivíduo adulto só será considerado capaz, isto é, responsável pelos seus atos, se não sofrer nenhum tipo de agravo psíquico, que impossibilite ou restrinja o exercício da autonomia da sua vontade ou a compreensão acerca da (i)licitude dos seus atos, quer na esfera civil, quer na seara penal (art. 5º do NCC ; 26, *caput*, CP).

Idosa é a pessoa que tenha 60 anos completos ou mais, segundo o Estatuto do Idoso (lei n. 10.741/2003).

Adota-se nessa pesquisa o critério jurídico para a determinação do estágio de desenvolvimento do indivíduo, sem, contudo, desconsiderar as implicações psicofísicas no desenvolvimento humano e na manifestação do transtorno mental.

Dentre os 102 usuários de serviços de saúde mental que participam da pesquisa, 40 (39,22%) são do **sexo feminino** e 62 (60,78%) são do **sexo masculino**.

Apesar de o maior número de respondentes ser do sexo masculino - 21,56% a mais - a OMS (2002, p. 57) afirma que a maioria dos estudos na área denota que os

transtornos mentais atingem, de modo semelhante, homens e mulheres. Contudo, as mulheres seriam mais suscetíveis à depressão e os homens ao abuso de substâncias psicoativas.

A idade dos usuários varia de acordo com o exposto na tabela 4, abaixo:

Tabela 4- Faixa etária dos Portadores de Transtorno Mental

<i>Faixa Etária</i> (anos)	<i>Respondentes</i> (N ^o)	<i>Percentual</i> (%)
entre 5 e 12	9	8,82
entre 13 e 18	6	5,88
entre 19 e 30	20	19,60
entre 31 e 40	27	26,47
entre 41 e 50	24	23,53
entre 51 e 60	11	10,78
Mais de 60	5	4,90

Fonte: Elaboração da autora

Segundo a OMS (2002, p. 55), os adultos são os mais vulneráveis aos transtornos mentais - 10% a mais de prevalência nessa etapa da vida - em relação às crianças, adolescentes e idosos. É o que se pode concluir ao se analisar a tabela 4. Os adultos - indivíduos de ambos os sexos, entre 19 e 60 anos - correspondem a 82 respondentes, ou seja, 80,38% da amostra. Dentre os adultos, os adultos jovens - de acordo com a tabela, os indivíduos entre 19 e 40 anos - são os mais atingidos pelos transtornos mentais - 47 (46,07%) - seguidos pelos adultos intermediários - aqui considerados aqueles com idade entre 41 e 60 anos - 35 (34,31%).

5.3.1 *Períodos do desenvolvimento humano em que se manifestam os transtornos mentais*

Alguns transtornos manifestam-se em fases específicas do desenvolvimento do indivíduo. O autismo aparece na primeira ou na segunda infância, a esquizofrenia manifesta-se no final da adolescência, início da fase adulta, a demência gerada, dentre outras, por Alzheimer manifesta-se na terceira idade. Em virtude disso, propõe-se uma tabela com uma divisão maior do desenvolvimento humano em

faixas etárias, para que se possa apresentar a idade em que os transtornos manifestaram-se nas pessoas (usuários) que participam desta pesquisa.

Alguns usuários-respondentes internados em medida de segurança não sabem o tipo de transtorno mental que possuem, razão pela qual a idade informada como a em que os primeiros sintomas aparecem é a idade em que praticaram o delito.

Tabela 5- Idade em que o usuário apresentou os primeiros sintomas

<i>Faixa etária (anos)</i>	<i>Respondentes (N^o)</i>	<i>Percentual (%)</i>
entre 1 e 4	12	12,24
entre 5 e 12	13	13,27
entre 13 e 18	25	25,51
entre 19 e 30	29	29,59
entre 31 e 40	10	10,20
entre 41 e 50	2	2,04
entre 51 e 60	1	1,02
Acima de 60	1	1,02
Não se lembra	5	5,10
Não respondeu/não se aplica	4	3,88

Fonte: Elaboração da autora

Quanto mais cedo o transtorno se manifesta, mais conseqüências para a saúde física e mental do indivíduo ele pode gerar, o que repercute na qualidade e na expectativa de vida da pessoa. Segundo a OMS (2002, p. 38), “[...] é evidente que a saúde mental debilitada desempenha um papel significativo na diminuição do funcionamento imunitário, no desenvolvimento de certas doenças e na morte prematura.”

De acordo com a OMS (2002, p. 77) e com a Portaria do Ministério da Saúde Brasileiro - Portaria GM n. 1.946/2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 203) - a ocorrência de transtornos mentais e comportamentais na infância e na adolescência é grande, contudo, a atenção em saúde mental que se presta a esse grupo de portadores de transtornos mentais ainda é insuficiente.

Dos 102 usuários-respondentes, 50 (51,02%) apresentaram os primeiros sintomas do transtorno na infância e na adolescência. 25 (25,51%) dos usuários tiveram seus transtornos mentais diagnosticados entre seu primeiro ano de vida e a idade de 12 anos (primeira e segunda infância). Os outros 25 (25,51%) usuários-

respondentes apresentaram os primeiros sintomas na adolescência, entre seus 13 e 18 anos, comprovando a alta incidência de transtornos mentais na população infanto-juvenil e demonstrando a necessidade de se investir em estratégias de saúde mental voltadas para essas pessoas.

Os transtornos mentais manifestaram-se, prevalentemente, na idade adulta, entre adultos jovens, na faixa etária compreendida entre os 19 e 40 anos de idade. Os indivíduos que apresentaram os primeiros sintomas nessa época da vida, somam 39 (39,79%). Tal percentual corrobora a constatação de que a população adulta é mais susceptível à ocorrência de transtornos mentais, conforme assevera a OMS (2002, p. 55).

Os transtornos mentais apresentaram-se nas fases em que o desenvolvimento biopsicossocial é mais intenso na vida do indivíduo e, por conseguinte, ocasionam danos de maior monta tanto para o portador de transtorno mental como para sua família, nas esferas física, psíquica e social.

De acordo com a carga global de doenças (CGD), de 2000, os agravos psíquicos e neurológicos correspondem a 30,8% de todos os anos vividos com incapacidade (AVI). Dentre esses, só a depressão equivale a quase 12% do total. Em termos mundiais, 6 dentre as 20 principais causas mais incapacitantes (AVI), são neuropsiquiátricas. Dentre elas encontram-se os transtornos depressivos unipolares, o transtorno bipolar, os transtornos mentais desencadeados pelo abuso de álcool, a esquizofrenia, doença de Alzheimer e outras demências, e hemicrania (síndrome de cluster-headache) (OMS, 2002, 62).

Além dos aspectos relacionados à saúde, o maior ou menor tempo de convivência com a doença implica em questões econômicas como o empobrecimento do indivíduo, ocasionado pelo desemprego, saída do mercado de trabalho, gastos com medicamentos, dentre outros. A teoria do empobrecimento, de acordo com a OMS (2002, p. 44) aplica-se em maior medida aos quadros psicóticos (esquizofrenia, transtorno bipolar) e de dependência química (álcool e drogas).

5.4 Os portadores de necessidades especiais e sua distinção perante os portadores de transtorno mental

São consideradas **pessoas portadoras de necessidades especiais** (PNEs) qualquer indivíduo que, em virtude de **deficiência** física, visual, auditiva, **mental** ou **múltipla**, congênita ou adquirida, requeiram tratamento e atenção diferenciada por parte de seus familiares, da sociedade e do Estado, a fim de que possam gozar das mesmas oportunidades e direitos que os demais cidadãos, habilitando-se, reabilitando-se e integrando-se socialmente, conforme consagram alguns dos princípios que regem os direitos dos PNEs (art. 4º do decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999; grifos nossos).

Nesse mesmo sentido, a Organização das Nações Unidas (1975), através da *Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes* concebe como Portadores de Necessidades Especiais: “[...] qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais.”

A Organização dos Estados Americanos - OEA -, no art. I da *Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência* (1999), também entende por deficiência “[...] uma **restrição** física, **mental** ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.”

Em conformidade com as três definições legais anteriormente expostas, uma pessoa só pode ser considerada “portadora de necessidades especiais” em virtude de uma deficiência. Diante dessa evidência, apenas os “retardados mentais” (leve, moderado, grave ou profundo) dentre os portadores de transtornos mentais podem receber a proteção e os benefícios jurídicos e sociais advindos dessa denominação.

Se, entretanto, entender-se, como o faz a Procuradora de Justiça do Estado de São Paulo, Selma Reis (2003, comunicação verbal) que: “Portador de Necessidades Especiais pode ser até o idoso em situação de risco, ou a pessoa com grave obesidade ou portadora de alguma doença cuja gravidade a coloque em situação de risco,” pode-se, realizando uma interpretação extensiva, alargar a

compreensão acerca de quem seja PNE. Se o critério distintivo deixar de ser a deficiência e passar a ser a “situação de risco” vivenciada pela pessoa, então, dependendo do caso concreto, tanto os “retardados mentais” como os portadores de outros tipos de transtornos mentais, desde que se encontrem em situação caracterizada como de risco, tal como abandono familiar, falta de moradia e trabalho, podem gozar dos benefícios e da proteção que a legislação voltada para esse grupo - PNE - lhes assegura.

5.5 Direito à igualdade e à não-discriminação do portador de transtorno mental

A igualdade é um dos elementos da justiça. A CF/88, por sua vez, assegura, no seu artigo 5º, *caput*, a igualdade formal a todos os brasileiros e estrangeiros, quando diz, *in verbis*, que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, [...]”

Essa igualdade havida na CF88 é não apenas um direito fundamental, mas constitui-se, também, em princípio orientador e informador de toda ordem jurídica, devendo ser considerado sempre pelo legislador e pelo intérprete, ao elaborar e aplicar toda e qualquer norma constitucional e infra-constitucional.

A igualdade é um conceito relacional, que remete à comparação. Ser igual *perante a lei* significa que a aplicação de uma mesma norma jurídica (lei, tratado, convenção, portaria...) não pode ser diferente para pessoas ou grupos de pessoas que se encontram na mesma situação jurídica, independentemente de sua condição pessoal ou social, sem que haja fundamento legal para tal discrimen.

O art. 1º da lei n. 10.216/2001 garante a igualdade formal entre os portadores de transtornos mentais e entre eles e toda e qualquer pessoa, espelhando, infraconstitucionalmente, o previsto no art. 5º, *caput*, da CF/88. Essas pessoas não podem ser discriminadas, sem que essa discriminação paute-se por uma devida fundamentação jurídico-legal, em virtude da sua raça, da sua cor, do sexo, da sua orientação sexual, da sua religião, da sua opção política, da sua nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução

de seu transtorno, ou qualquer outra. Esse entendimento encontra-se consubstanciado na *Carta de Princípios para a Proteção da Pessoa Acometida de Transtornos Mentais* (2005) - Resolução n. 46 da ONU -, quando diz que:

§4. Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental. "Discriminação" significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. **Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas de saúde mental não serão consideradas discriminatórias.** Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa acometida de transtorno mental ou de outros indivíduos. (ONU, 1991, grifos nossos).

O tratamento isonômico admite a diferenciação jurídica entre pessoas, sejam físicas ou jurídicas, se referida distinção possibilitar a equiparação ou diminuição das desigualdades reais e injustas. Por isso, o referido princípio tutela o gozo das mesmas oportunidades concedidas aos ditos "normais", por parte do portador de necessidades especiais, em relação a qualquer dos direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal de 1988, sejam eles individuais - vida, honra, imagem, privacidade, liberdade, propriedade - ou sociais - educação, trabalho, saúde, transporte, aposentadoria, moradia, lazer - consistindo, dessa forma, na denominada igualdade material ou *igualdade na lei*, disciplinada no art. 7º, XXX e XXXI da CF/88.

Dá-se a igualdade material segundo Ritinha Alzira Stevenson Georgakilas (1984, p. 300) quando há o "[...] tratamento uniforme de todos os homens e a sua equiparação no que se refere à concessão de oportunidades."

Nesse mesmo sentido posiciona-se o professor Celso Bastos (1997, p. 165), quando afirma que: "[...] a igualdade substancial postula o tratamento uniforme de todos os homens. Não se trata, como se vê, de um tratamento igual perante o direito, mas de uma igualdade real e efetiva perante todos os bens da vida."

Tendo em conta essa característica inerente à igualdade - ora desconsidera as diferenças, igualando as diversidades reais - igualdade formal -, ora discrimina para promover a equiparação - igualdade material -, enquanto fundamento da justiça, é que nossa Carta Maior e a legislação infra-constitucional que dispõe sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais foi elaborada, a fim de assegurar a esse grupo de pessoas chances reais de inclusão social.

Essa proibição decorre não apenas de uma igualdade formal, como já dito, mas ainda também da promoção da igualdade material e da observância ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Apesar da existência de todo um aparato jurídico-legislativo, tanto no âmbito interno como no internacional, objetivando a proteção do portador de transtornos mentais, os 102 usuários participantes desta pesquisa responderam à questão “**já sofreu alguma discriminação quanto à**”, da seguinte forma:

Tabela 6- Discriminações sofridas por Portador de Transtorno Mental

<i>Discriminação</i>	<i>Respostas (N^o)</i>	<i>Percentual (%)</i>
Raça	11	10,68
Cor	9	8,74
Sexo	7	6,80
Orientação sexual	6	5,83
Religião	21	20,39
Opção política	6	5,83
Nacionalidade	2	1,94
Idade	4	3,88
Família	19	18,45
Classe social	12	11,65
Tipo de transtorno mental	50	49,01
Outros	9	8,82
Não respondeu/não se aplica	28	28,43

Fonte: Elaboração da autora

Praticamente 50% dos usuários-respondentes relatam experiências em que foram discriminados em virtude do seu agravo mental, conforme ilustra a fala de uma usuária-respondente de 28 anos, que realiza tratamento em CAPS, localizado em Minas Gerais. “Si [sic] discrimina [sic] eles acham que quem faz tratamento com psiquiatra [sic] é louco então nos [sic] não podemos contar devido o [sic] preconceito.”

Sua liberdade religiosa também é objeto de violação, consistindo na segunda maior causa de discriminação do portador de transtorno mental (20,39%).

A lei n. 10.216/2001, no seu art. 1^o, apresenta raça e cor como noções distintas. Entretanto, se se considerar raça e cor como uma única categoria (alguns teóricos defendem ser equivocada a noção de raça, pois, segundo eles, só há uma

raça, a humana), ter-se-á a cor (ou etnia) como a terceira causa mais freqüente dentre as discriminações sofridas pelos portadores de transtornos mentais.

De acordo com a OMS (2002, p. 46), há uma correlação entre o racismo e a manifestação de transtornos mentais, quer porque a vítima de práticas racistas exposta a elas por um longo período tende a manifestar transtornos mentais, quer porque muitas vezes quem pratica o racismo apresenta ou desenvolve algum tipo de transtorno mental.

Na categoria “outros”, um usuário-respondente afirma ter sido discriminado por suas opiniões. Outro, por se encontrar internado. Outros (3) por serem condenados (penalmente).

Os locais ou ambientes em que habitualmente ocorrem essas práticas discriminatórias são:

Tabela 7- Ambientes em que acontecem as discriminações

<i>Local</i>	<i>Respostas (N^o)</i>	<i>Percentual (%)</i>
rua (locais públicos e vizinhança)	47	46,07
trabalho	15	14,56
escola	11	10,68
família	32	31,07
no ato da internação (da última)	5	4,85
durante a internação (a última)	11	10,68
outros	5	4,90
não respondeu/não se aplica	31	30,10

Fonte: Elaboração da autora

É nas relações sociais com o outro, no espaço público que ocorrem com maior freqüência (46,07%) as discriminações aos portadores de transtornos mentais, denotando o despreparo, o preconceito da sociedade brasileira em lidar com essas pessoas e o estigma que o portador de transtornos mentais ainda carrega.

Segundo Goffman (1988, p. 14), o estigma, seja ele uma “abominação do corpo” (como a deficiência física), uma “culpa de caráter individual” (por exemplo: homossexualidade, distúrbio mental/dependência química, desemprego) ou decorrente de pertencimento a uma cor ou etnia, nação ou religião caracteriza

[...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção pra outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto. Nós e os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão serão por mim chamados de *normais*. (GOFFMAN, 1988, p. 14).

Muitos desses portadores de transtornos mentais-respondentes são dupla ou até triplamente estigmatizados, pois, ao seu agravo mental, alia-se o fato de serem: obesos, homossexuais e negros ou terem praticado um crime em razão do transtorno mental e serem homossexuais.

A família aparece em segundo lugar (31, 07%) como responsável pelo tratamento iníquo, em face do portador de transtornos mentais, seguida das pessoas com quem o portador de transtornos mentais relaciona-se no trabalho (14,56%).

A família, cujo papel na recuperação da saúde mental do portador de transtorno mental é crucial, também contribui, muitas vezes, para a cronificação do transtorno e para a reprodução e manutenção das relações discriminatórias e para o seu abandono. “O ambiente social e emocional dentro da família também desempenha um papel nas perturbações sociais.” (OMS, 2002, p. 91).

Profissionais da saúde (mental) relatam que, quando o usuário se encontra próximo de receber alta, a família deixa de visitá-lo, informa endereço errado ou muda-se do endereço antigo.

O acolhimento familiar do portador de transtorno mental infrator é ainda mais complexo, pois, além de carregar o estigma de “perigoso”, muitas vezes, o delito foi praticado contra um membro da própria família, como por exemplo, o pai que estuprou e matou a própria filha ou o pai que matou o filho porque uma voz lhe disse que se não o fizesse, faria ela ou, ainda, o usuário que ateou fogo na própria casa.

5.6 Direito à saúde do portador de transtorno mental

Como já abordado na seção 3.7 deste trabalho, a saúde é dever do Estado e um direito de todos, assegura a CF/88, no seu art. 196. A saúde física ou psíquica do cidadão e, por conseguinte do portador de transtorno mental, implica na promoção, na manutenção ou no restabelecimento da sua integridade física e mental. O Estado brasileiro busca assegurar tanto a saúde física como a psíquica do cidadão brasileiro por intermédio de políticas públicas e não mais pela assistência médico-hospitalar preventiva ou curativa (FIGUEIREDO, 2005, p. 64).

Medidas públicas em saúde requerem uma atuação preventiva e em prol da coletividade (FIGUEIREDO, 2005, p. 55), o que corrobora a visão eugenista da psiquiatria preventiva e comunitária, bem como a psiquiatrização do social, que ocorre desde a origem da psiquiatria brasileira (TENÓRIO, 2002, p. 30-1). Essa afirmação é confirmada pela definição de saúde mental adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro (2006) quando diz que a saúde mental “trata do processo de redução da quantidade de casos de perturbação mental, em uma comunidade, e de estudo da quantidade e tipos de doença mental, bem como dos fatores psicológicos, físicos e sociais que são de significância etiológica.”

Essas políticas públicas em saúde mental devem, por sua vez, incorporar a discussão ética, bioética, que extrapola a dimensão individual e privada e se instala nas relações públicas. A construção de uma ética pública possibilita a assimilação da bioética no debate e nas ações em saúde pública e a conquista da cidadania, por parte dos seus usuários (GARRAFA, 2003, p. 51). Essa preocupação bioética, na esfera pública, faz-se notar na lei n. 10.216/2001, que se volta para as políticas públicas em saúde mental envolvendo o portador de transtorno mental.

5.7 O direito de acesso aos serviços de assistência em saúde mental

Possibilitar o acesso aos serviços de assistência à saúde física e mental e ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do portador de transtorno mental (art. 2º, Parágrafo Único, I, da lei n. 10.216/2001) é um modo de promover, manter ou restabelecer a saúde física e mental dos portadores de transtornos mentais (atenção em nível primário, secundário ou terciário em saúde). Esse acesso deve ser universal, ou seja, garantido a todo e qualquer portador de transtorno mental que necessite utilizar qualquer um dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, quer sejam voltados para a saúde física, quer para a psíquica, em igualdade de condições com os demais usuários.

O SUS é disciplinado pelas leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 e compõe-se de um “[...] conjunto de ações e serviços de saúde (entendida neste sentido mais amplo), prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e, também, pela iniciativa privada, esta em caráter complementar”

(ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 39; art. 197 da CF/88).

Além da universalidade de acesso, suas ações e serviços devem ser pautados pela integralidade na assistência, pelo direito à informação dos usuários, pela participação da sociedade (e da família) e por estudos epidemiológicos (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 39).

Para que essas diretrizes se concretizem, o SUS é estruturado com fulcro nos princípios da regionalização, da hierarquização e da descentralização (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 40; FIGUEIREDO, 2005, p. 65-6; art. 198 da CF/88).

A **regionalização** se caracteriza pela “[...] organização dos serviços em uma área geográfica delimitada (como uma cidade ou um distrito sanitário), atendendo a uma população definida (a população desta cidade ou distrito sanitário)” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 41).

A **hierarquização** apresenta-se na estrutura organizacional dos serviços de saúde (mental), composta por unidades distintas, classificadas pelo grau de complexidade tecnológica de que dispõem para prestar os seus serviços, mas que se interrelacionam, observadas as peculiaridades da região em que se encontra instalada.

Nessa perspectiva de atenção em saúde (mental), os primeiros atendimentos - a porta de entrada - devem ocorrer nos serviços de atenção primária, tal como o CAPS.

Para que haja a efetiva e eficiente prestação dos serviços em saúde (mental), houve a **descentralização** político-administrativa da sua gestão.

Isto foi feito para que o SUS pudesse ficar o mais próximo de quem utiliza o sistema. A direção única em cada esfera de governo significa que temos um comando só, que é o SUS, o qual, no nível do país [União] é comandado pelo Ministério da Saúde; nos estados, pelas Secretarias Estaduais de Saúde; e nos municípios, pelas Secretarias Municipais de Saúde. (FIGUEIREDO, 2005, p. 66).

A atuação federal em matéria de saúde concentra-se, preponderantemente, na criação de normas e na distribuição de recursos para o desenvolvimento das ações e prestação dos serviços em saúde, conforme o princípio bioético da justiça (art. 198, §§ 1º e 2º da CF/88).

No tocante às políticas públicas em saúde mental, compete ao Ministério da Saúde definir as rotinas técnicas e normativas e desenvolver as iniciativas de política assistencial definidas na lei n. 10.216/2001.

No nível estadual, as ações visam ao apoio e à fiscalização das ações municipais. É no nível local, portanto, que se concentra o maior número de exigências, pois com a municipalização da saúde, o município é o responsável pela gestão das ações em saúde, sobretudo as voltadas para a atenção primária (prevenção e promoção da saúde).

O financiamento das ações e serviços em saúde dar-se-á, conforme o art. 198, §§ 1º e 2º da CF/88, “[...] com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados e Distrito Federal e municípios, além de outras fontes.”

Os serviços de saúde (mental) que participam desta pesquisa têm natureza pública e privada (filantrópicos). 33 (48,53%) trabalhadores em saúde desenvolvem suas atividades em serviços públicos - e 30 (44,12%) em serviços privados, cujos recursos financeiros emanam das seguintes fontes.

Tabela 8- Origem das verbas recebidas pelos serviços em saúde (mental)

<i>Verbas/recursos</i>	<i>Respondentes (Nº)</i>	<i>Percentual (%)</i>
União	22	32,35
Estado-membro	23	33,82
Município	26	38,24
Particular/convênio	3	4,41
Associação	1	1,47
Não respondeu/não se aplica	4	5,88

Fonte: Elaboração da autora

Verifica-se, assim, que os recursos são prevalentemente públicos, a despeito da natureza jurídica do serviço, ou seja, os serviços privados ainda são contratados pelo Estado, para prestarem serviços em saúde mental e têm, na sua quase totalidade, como fonte exclusiva de recursos financeiros, os advindos do Poder Público (apenas 4 - 5,88% - dos profissionais da saúde respondentes fazem menção a outras receitas financeiras).

No caso dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, os recursos para “o financiamento das ações de saúde deve ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça e respectivas esferas administrativas (federal e estadual),” conforme reza o art. 4º, da Portaria Interministerial n. 628, de 2 de abril de 2002.

A atenção em saúde mental, aos portadores de transtornos mentais, pode ser realizada em unidades hospitalares ou preferencialmente, em unidades extra-hospitalares (comunitárias) (art. 33, II do Código de Saúde do Estado de São Paulo e art. 3º da lei n. 11.802/1995 de Minas Gerais).

Os **Centros de Atenção Psicossocial** - CAPS - são serviços de natureza ambulatorial de atenção diária, autônomos em relação a hospitais, voltados para o cuidado de usuários com transtornos mentais severos e persistentes, conforme Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (art. 1, § 1º). Dividem-se em CAPS I, II ou III, de acordo com seu porte ou complexidade e abrangência populacional, definidos no art. 4º da referida portaria.

Os CAPSi - aqueles cuja população alvo são as crianças e os adolescentes portadores de transtornos mentais - e os CAPSad - aqueles cujos usuários são os dependentes químicos - alcoolistas e drogaditos - têm o mesmo propósito dos CAPS e também podem ser classificados em I, II e III, mas objetivam atender as demandas específicas desses dois grupos de portadores de transtornos mentais. A política voltada para a atenção aos usuários de substâncias psicoativas está regulada na Portaria n. 816, de 30 de abril de 2002. A elaboração de políticas públicas em saúde mental de crianças e adolescentes está prevista na Portaria GM n. 1.946, de 10 de outubro de 2003, ano dedicado à saúde mental desta população.

Os CAPS constituem-se na porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. Atende, também, pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar (Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992).

Hospital-dia é um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, vinculado a um serviço hospitalar, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação integral (Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992).

Hospital Geral prestam serviços em saúde e apresentam-se como um serviço de atenção em saúde mental quando atuam na modalidade de **urgência psiquiátrica** e leito ou na **unidade psiquiátrica**, que deve ter, no máximo, 10% da capacidade instalada do hospital ou o limite de 30 leitos (Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992).

Considera-se **Hospital Psiquiátrico** aquele cuja maioria de leitos se destina ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação (Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992).

Os **serviços residenciais terapêuticos ou lares abrigados** são moradias inseridas preferencialmente na comunidade com o objetivo de cuidar e promover a reintegração psicossocial do portador de transtorno mental institucionalizado (Parágrafo Único, do art. 1º, da Portaria GM n. 106/2000).

Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é um serviço de atenção em saúde mental, que presta assistência aos portadores de transtornos mentais infratores, no âmbito do sistema penitenciário. Não é abordado pela Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992, mas sim na Portaria Interministerial n. 628, de 2 de abril de 2002, que dispõe sobre Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Os trabalhadores em saúde (mental) participantes desta pesquisa desempenham suas atividades nos seguintes tipos de estabelecimentos:

Tabela 9- Número de Trabalhadores em saúde (mental) por tipo de serviço

<i>Serviços</i>	<i>Respondentes (Nº)</i>	<i>Percentual (%)</i>
Hospital Geral	1	1,47
Hospital Psiquiátrico	37	54,41
Clínica Psiquiátrica	7	10,29
Clínica de Drogadependentes	3	4,41
Hospital Escola	2	2,94
CAPS	11	16,18
HCTP	6	8,82
Clínica de adolescentes	2	2,94

Fonte: Elaboração da autora

Os usuários de serviços de saúde (mental) participantes desta pesquisa recebem tratamento nas modalidades de serviço descritas a seguir:

Tabela 10- Número de usuários em saúde (mental) por tipo de serviço

<i>Serviços</i>	<i>Respondentes (Nº)</i>	<i>Percentual (%)</i>
Hospital Geral	1	0,97
Hospital Psiquiátrico	37	35,92
Clínica Psiquiátrica	13	12,62
Clínica de Drogadependentes	8	7,77
CAPS	28	27,18
HCTP	15	14,56
Pensão Protegida	2	1,96

Fonte: Elaboração da autora

Apesar de a lei n. 10.216/2001 assegurar o direito do portador de transtorno mental ser tratado, preferencialmente, em estabelecimentos extra-hospitalares (art. 2º, Parágrafo Único, IX; Código de Saúde do Estado de São Paulo, art. 33, V) a

maioria dos trabalhadores em saúde (mental) - 56 (83,82%) - prestam serviços em serviços hospitalares e a maioria dos usuários - 74 (72,54%) - se encontra internada em serviços hospitalares. Apenas 28 (27, 18%) usuários estão recebendo tratamento ambulatorial e tão-somente 11 (16,18%) trabalham em serviços comunitários de atenção em saúde mental.

A assistência em saúde mental objetiva promover, manter ou recuperar a saúde psíquica do portador de transtorno mental, a fim de assegurar-lhe o **direito à integridade física e psíquica** e, por conseguinte, uma existência com qualidade. Para tal, deve, consoante a Declaração de Caracas e o art. 2º, Parágrafo Único, da lei n. 10.216/2001 ser oferecida, preferencialmente, em serviços comunitários (extra-hospitalares) de saúde mental e em hospitais gerais, conforme já tratado.

Tanto o direito à integridade física como à integridade psíquica envolvem a não-lesão por parte de terceiros como, também, a autolesão, que se faz, exemplificativamente, através de tentativa de suicídio, automutilação, uso abusivo de álcool e droga que deterioram a saúde física e mental do indivíduo.

Compete ao Estado, aos familiares ou responsáveis legais pelos portadores de transtornos mentais e aos responsáveis por serviços de saúde mental - públicos e privados - zelarem pela observância desses direitos e garantirem a preservação da integridade física e psíquica dos portadores de transtornos mentais, tanto contra agressões promovidas por terceiros como contra auto-agressões, bem como contra abusos ou exploração (art. 2º c/c art. 3º da lei n. 10.216/2001).

A responsabilidade dos serviços de saúde mental restringe-se ao período em que os usuários ali estiverem realizando seu tratamento, seja internação, seja tratamento ambulatorial. Os serviços de atenção em saúde (mental), em conformidade com o disposto no art. 2º, Parágrafo Único e seus incisos, também devem primar pela oferta do melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do usuário, além de dever tratá-lo com humanidade e respeito, ministrando-lhe as terapias menos invasivas disponíveis (art. 33, III do Código de Saúde do Estado de São Paulo e arts. 4º e 5º da lei n. 11.802/1995 de Minas Gerais).

Contudo, apesar dessas exigências éticas e legais, usuários-respondentes relatam terem sofrido violências físicas e psíquicas durante o período de internação ou tratamento, conforme tabela 11:

Tabela 11- Respeito aos direitos do paciente e à sua integridade física e psíquica durante o tratamento ou internação

<i>Durante o tratamento ou internação</i>	<i>Respostas (Nº)</i>	<i>Percentual (%)</i>
foi informado sobre seus direitos	43	41,75
foi bem tratado por todos os integrantes da equipe	63	61,17
foi bem tratado por alguns integrantes da equipe	21	20,39
sofreu violência física	13	12,62
sofreu tortura/pressão psicológica	5	4,85
sofreu abuso sexual	2	1,94
outros	3	2,91
não respondeu/não se aplica	23	22,33

Fonte: Elaboração da autora

13 (12,62%) usuários-respondentes informam terem sofrido algum tipo de violência física durante o **tratamento atual**. Uma usuária teve seu braço quebrado pela enfermagem (a paciente encontrava-se com o braço engessado quando respondeu o questionário). Dois relatam terem sofrido agressão por médicos e familiares. Um terceiro foi agredido a tapas pela mãe de outro paciente. Cinco relatam terem sofrido violência física por parte de outros pacientes. Duas usuárias referem-se ao uso de violência física para serem “contidas” durante o tratamento (uma porque se recusava a tomar a medicação e a outra relata que, quando a enfermagem foi realizar a contenção, bateram no seu rosto e tentaram asfixiá-la com um pedaço grande de carne). Um menciona que “bateram” nele, sem especificar quem o teria feito e outro informa que na sua primeira internação (anos antes) sofreu violência física.

Uma usuária-respondente de um CAPS situado no estado de Minas Gerais, com 38 anos, relata ter sido “agredida moralmente” pelo porteiro de um serviço de atenção primária em saúde do município.

Uma usuária-respondente, 28 anos, realizando tratamento em um CAPS - Minas Gerais - relata ter sofrido abuso sexual por parte de um enfermeiro, durante **internação no ano anterior**.

Uma usuária-respondente de 38 anos, moradora de lar abrigado de um hospital psiquiátrico localizado no estado de São Paulo relata as violências físicas que sofreu durante internações em instituições psiquiátricas, **antes da reforma psiquiátrica**. Em uma das suas primeiras internações (aos seis anos de idade) foi contida na grade da cama, sem colchão e, em função disso, sofreu uma lesão no plexo braquial (membro superior direito), que levou à perda da motricidade do seu braço direito. Aos quinze anos engravidou do namorado e sofreu depressão pós-parto. Em função dessa depressão foi internada novamente e, por mais de quatro anos, de segunda a sexta-feira, no período da manhã, era submetida a tratamento de choque.

Outro usuário-respondente, de 44 anos, internado em hospital psiquiátrico localizado no estado de São Paulo relata que na sua primeira internação, **há mais ou menos vinte anos**, foi amarrado à cama, só de roupa íntima e apanhou, inclusive nos genitais.

Uma usuária-respondente, de 46 anos, realizando tratamento em CAPS, em Minas Gerais, afirma ter sido maltratada e obrigada a tomar remédios, durante internação em hospital da capital, **em 1980** (antes da reestruturação da assistência em saúde mental brasileira).

Se, por um lado, os usuários informam terem vivenciado situações de desrespeito aos seus direitos, no passado no contexto atual, enquanto usuários dos serviços de saúde mental, por outro, o **esclarecimento acerca dos seus direitos**, no ato da internação ou do tratamento é relatado por 43 (41,75%) usuários-respondentes.

84 (81,55%) usuários-respondentes afirmam terem recebido **explicações acerca do seu tratamento**, o que denota uma observância ao seu direito de ser informado (art. 2º, Parágrafo Único, VII da lei n. 10.216/2001). Apenas 13 (12,62%) usuários-respondentes não obtiveram qualquer tipo de esclarecimento acerca do seu tratamento ou da sua internação.

Dentre os 102 usuários-respondentes, 85 (82,52%) concordaram com o tratamento ou com a internação, após terem recebido os devidos esclarecimentos, enquanto 4 (3,88%) deles discordaram da medida terapêutica proposta.

Os usuários informam, também, que, “ao buscarem o atendimento” (pergunta 19 do questionário de usuários), foram atendidos rapidamente - 77 (74,76%) - ou

foram encaminhados para outro estabelecimento - 11 (10,68%) - havendo demora em apenas 4 (3,88%) atendimentos.

A observância ao princípio da beneficência é mencionada por 63 (61,17%) usuários-respondentes, quando afirmam que foram bem tratados por todos os integrantes da equipe de saúde mental.

Em se tratando de **integridade física**, tem-se o conflito gerado pela aplicação terapêutica de eletrochoques, contenção de pacientes como uso de lençóis e a própria realização de psicocirurgia que, por meio de uma lesão física (corte cirúrgico), promove uma alteração do comportamento (dano à integridade psíquica).

Mais do que uma questão técnica, a aplicação desses tipos de tratamento envolve uma problemática ética e sua utilização deve ser substituída por outros meios tão eficazes quanto, porém, menos agressivos. Para isso, as pesquisas médicas devem voltar-se para a busca de uma alternativa técnico-científica, sob pena de descumprirem o preceituado no art. 15 do NCC, *in verbis*: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.”

O asseguramento da **integridade psíquica** dá-se por meio da preservação da consciência e da autonomia do indivíduo - não realização de psicocirurgia e lavagem cerebral - e da não submissão da pessoa a qualquer forma de violência psíquica (que inclui a violência moral) - xingamentos, zombarias, críticas, comentários depreciativos - ou tortura psíquica (art. 5º, III da CF/88), que se caracteriza pela ameaça verbal, pela imposição de medo ao indivíduo.

Independentemente do tratamento a ser ministrado, o paciente tem **direito à informação**, devendo receber da equipe de saúde mental, previamente, todos os esclarecimentos necessários, que deverão ser realizados por meio de uma linguagem adequada ao seu estado psíquico e compreensível a um leigo (art. 2º, VII da lei n. 10.216/2001).

Além do direito de ser informado, o usuário tem o **direito ao sigilo das informações ali prestadas** ou ali obtidas, que digam respeito à sua pessoa, não podendo os trabalhadores daquele serviço divulgar sua identidade, inclusive genética, sua imagem (art. 2º, VII da lei n. 10.216/2001).

Em razão do dever de preservar a vida e a saúde (a integridade física e psíquica) dos usuários dos serviços de atenção em saúde mental, o art. 10 da lei n. 10.216/2001 exige a comunicação, pela direção do estabelecimento, de evasão,

transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento de usuário, tanto aos familiares, ou representante legal do usuário, como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Nesses casos, o procedimento predominantemente adotado pelos estabelecimentos de saúde é, em caso de evasão, buscar o paciente, que, se encontrado, pode voltar para o estabelecimento, em até 48 (ou 72) horas. Nas outras situações, há a comunicação às autoridades competentes, inclusive policiais e aos familiares, acerca da ocorrência. Em caso de acidentes, há a prestação dos primeiros socorros e, se for o caso, a internação do usuário em hospital geral.

5.8 Modalidades de Internação do portador de transtorno mental

As modalidades de internação psiquiátrica - voluntária (IPV), involuntária (IPI), voluntária que se transforma em involuntária (IPVI) e compulsória (IPC) - previstas no art. 6º da lei n. 10.216/2001 e na Portaria GM n. 2.391/2002 relacionam-se diretamente à liberdade do indivíduo e, em especial, à sua autonomia da vontade e sua liberdade de locomoção. O princípio bioético da autonomia norteia essa questão e, por isso, o art. 4º da lei n. 10.216/2001 e o art. 2º, *caput*, da Portaria GM n. 2.391/2002 dispõem que as internações, em qualquer de suas modalidades, devem ser adotadas como recurso último, caso não haja mais recursos terapêuticos extra-hospitalares ou esses se mostrem insuficientes para atender a demanda do usuário. Isto porque:

[...] independentemente da natureza e da gravidade da anomalia psíquica, só nos casos em que a mesma é susceptível de tratamento psiquiátrico em internamento, este pode ser imposto ao internando. Nunca, pois, o propósito de mero confinamento ou inocuização pode legitimar o internamento compulsivo [ou qualquer outra modalidade de internação]. (LATAS; VIEIRA, 2004, p. 91).

Na contramão não só da lei n. 10.216/2001, mas de normas internacionais como a *Carta de Princípios para a Proteção da Pessoa Acometida de Transtornos Mentais* (2005), que propõe que “Toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade” e que “todo usuário tem direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível [...]”. Ou a Declaração de Caracas, que dispõe que os recursos, cuidados e tratamentos

dados devem possibilitar a permanência do enfermo em seu meio comunitário, o NCC ainda prevê no seu art. 1.777, nos moldes do antigo decreto n. 24.559/1934, art. 9º, analisado na seção 3 deste trabalho, *in verbis*, que:

Art. 1777 - Os interditos referidos nos incisos I [enfermos ou deficientes mentais sem o necessário discernimento para os atos da vida civil], III [os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos] e IV [os excepcionais sem completo desenvolvimento mental] do art. 1767 serão **recolhidos** em estabelecimentos adequados, **quando não se adaptarem ao convívio doméstico**. (grifos nossos).

Trata-se de um evidente descompasso entre a ordem jurídico-civil brasileira, os direitos humanos, estabelecidos na ordem jurídico-internacional, os direitos fundamentais, previstos na ordem jurídico-constitucional brasileira e a fundamentação teórico-conceitual que pauta as políticas públicas em saúde mental no Brasil, que tem como um dos seus pilares a reabilitação psicossocial³⁸ dos indivíduos portadores de transtornos mentais e não o processo inverso, qual seja, a institucionalização de pessoas que se encontram inseridas no convívio social, mesmo que essa exclusão baseie-se em suposta “não adaptação”.

5.8.1 Internação psiquiátrica voluntária

A IPV é a realizada mediante solicitação do próprio portador de transtorno mental ou com o seu consentimento expresso (art. 6º, I, da lei n. 10.216/2001 e art. 3º, § 1º da Portaria GM n. 2.391/2002) e deverá ser autorizada por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado em que se localiza o estabelecimento (art. 8º da lei n. 10.216/2001).

³⁸ Para Benedetto Saraceno (2001, p. 13), “o processo de reabilitação seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social.”

Ana Pitta (2001, p. 19) ao se referir à reabilitação psicossocial esclarece que: “No seu sentido instrumental a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Numa definição clássica da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services*, de 1985, seria ‘o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade...o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado’.”

Dos 102 usuários-respondentes, 61 (59,22%) encontram-se em tratamento ou internação voluntária e 51 (75%) dos trabalhadores em saúde (mental) que participam desta pesquisa afirmam que seus serviços realizam essa modalidade de internação.

Caso o portador de transtorno mental opte por essa modalidade de internação, deverá assinar, no momento da sua admissão no serviço de saúde mental - hospital ou clínica - o termo de consentimento livre e esclarecido informando que esse é o regime de tratamento de sua livre escolha (art. 7º da lei n. 10.216/2001 e art. 9º da Portaria GM n. 2.391/2002). O termo ficará sob a guarda do estabelecimento em que tiver sido feita a internação voluntária.

Apesar de 61 usuários se encontrarem internados voluntariamente, apenas 34 (33, 01%) afirmam terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido ou seja, em 27 (26,21%) internações voluntárias essa exigência bioética e normativa não foi cumprida. Mas, como dentre essas 27 internações, 7 (6,86%) são de moradores de lares abrigados, há muito tempo institucionalizados (10, 14 anos) pode-se afirmar que o descumprimento do preceito ético e normativo deu-se, efetivamente, em 20 (19,60%) internações, o que ainda é um percentual considerável, tendo-se em vista que a lei n. 10.216/2001 encontra-se em vigor há quase cinco anos.

Para que o indivíduo portador de transtornos mentais requeira sua internação voluntária e ela possa ser assim reconhecida, deve ser civilmente capaz ou seja, deve ter dezoito anos completos ou mais, não ser civilmente interditado e não se encontrar psiquicamente debilitado ou desorientado (não delirando, em estado alterado de consciência em virtude do uso de substância psicoativa, dentre outros).

Nessa mesma linha de raciocínio, entende-se que o indivíduo portador de transtorno mental com idade entre 16 e 18 anos incompletos pode requerer sua própria internação voluntária, desde que seja assistido por um de seus pais ou por seu responsável legal.

Considerar-se-á finda a internação voluntária quando o usuário do serviço de atenção em saúde mental o solicitar ou “[...] por determinação do médico assistente” (Parágrafo Único do art. 7º da lei n. 10.216/2001).

Apesar de a lei n. 10.216/2001 pautar-se por uma proposta de rompimento da hegemonia médica e hospitalocêntrica, ainda privilegia a autoridade e o saber médico em detrimento dos demais saberes representados pelos outros membros da

equipe de saúde mental e, principalmente, em detrimento do trabalho em equipe, estabelecendo prerrogativas exclusivas para a classe médica, notadamente, a de estabelecer a conveniência da internação ou da desinternação psiquiátrica voluntária. Nesse aspecto, a lei n. 10.216/2001 reproduz o modelo das legislações que a antecederam.

5.8.2 Internação psiquiátrica involuntária

A IPI é promovida por terceiros e se caracteriza pela não concordância expressa por parte do portador de transtorno mental em se submeter a essa modalidade de tratamento (art. 6º, II, da lei n. 10.216/2001 e art. 3º, § 2º da Portaria GM n. 2.391/2002).

Configurada a possibilidade de haver a IPI, é direito do usuário solicitar a “[...] presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária” (art. 2º, V, da lei n. 10.216/2001).

Essa modalidade de internação requer autorização de médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado em que se localiza o estabelecimento (art. 8º da lei n. 10.216/2001). A desinternação do usuário pode ser requerida, por escrito, por parente ou responsável legal pelo portador de transtorno mental, desde que autorizada por médico devidamente registrado no CRM (art. 8º, § 2º, da lei n. 10.216/2001).

Latas e Vieira (2004, p. 92) comentando a temática da internação involuntária, no âmbito da lei de saúde mental portuguesa, asseveram que a internação involuntária deve se pautar por um **requisito legal**: a recusa do internando em submeter-se ao tratamento. Esse requisito legal será preenchido “[...] sempre que, no plano fáctico, possa ser necessário vencer a resistência do doente para submetê-lo a tratamento, independente do grau de liberdade e esclarecimento na formação da vontade que dita tal atitude.” Somente nessa hipótese admite-se a heteroagressão à integridade física e psíquica do portador de transtorno mental e o cerceamento à sua liberdade de locomoção. Contudo, em virtude do caráter excepcional que deve pautar a adoção dessa modalidade de internação, os

membros da equipe de saúde (mental) devem avaliar, de acordo com A *Carta de Princípios para a Proteção da Pessoa Acometida de Transtornos Mentais* (2005), se:

- a) [...] devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato iminente à pessoa ou a outros.
- b) [...], no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva. No caso referido no "sub-parágrafo 1 b", um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntária não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.

Tais medidas não eximem a equipe de saúde de promover o diálogo e o devido esclarecimento com vistas ao convencimento do internando acerca da necessidade da internação e dos seus benefícios, viabilizando, dessa forma, que a entrada do internando já ocorra como internação voluntária.

O diálogo pode, ainda, apesar de não haver nenhuma previsão normativa a esse respeito, possibilitar que a internação involuntária seja convertida em voluntária (criando-se, desta feita, uma quinta modalidade de internação a IPIV). Se tal hipótese se configurar, o Ministério Público e a Comissão Revisora de Internação Involuntária também deverão ser informados, observando-se os mesmos procedimentos previstos em relação à IPI ou à IPVI.

Caso o internando seja interditado ou maior de 16 anos e menor de 18 anos e sua resistência à internação contrarie a vontade do seu curador ou genitor, esgotadas todas as tentativas de composição, entende-se que o caso deverá ser apreciado pelo Poder Judiciário (LATAS; VIEIRA, 2004, p. 92).

No Brasil, a conveniência da internação involuntária, como dito anteriormente, é avaliada apenas por médico devidamente registrado no CRM do Estado em que se localiza o estabelecimento em que será efetuada a internação, ou seja, não há previsão de uma decisão coletiva, tomada por parte da equipe de saúde mental ou por toda ela e nem mesmo há a previsão de se recorrer à avaliação de outro médico. A atuação do Poder Judiciário Estadual como instância decisória final, em IPI, também não está prevista na legislação.

A atuação do Ministério Público Estadual (ou do Distrito Federal e Territórios) nas questões envolvendo IPI - e não do Poder Judiciário - dá-se *a posteriori* e tem

caráter fiscalizador, pois, tanto o Ministério Público como a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias deverão ser comunicados pelo responsável técnico do serviço até 72 horas depois da entrada do usuário. Esse procedimento deve ser feito, quando o usuário receber alta (arts. 8º, § 1º da lei n. 10.216/2001 e art. 4º, I da Portaria GM n. 2.391/2002).

A idéia de um conselho fiscalizador das IPI e das IPVI encontra respaldo na *A Carta de Princípios para a Proteção da Pessoa Acometida de Transtornos Mentais da ONU* (2005) que propõe a formação de um órgão autônomo e imparcial, judicial ou administrativo, denominado corpo de revisão. Dentro desse espírito, a Portaria GM n. 2.391/2002, no seu art. 9º, estabelece que o gestor estadual do SUS deverá formar uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, plural, composta por, pelo menos, um médico psiquiatra ou clínico geral, um profissional da saúde, de nível superior, de serviço diverso daquele em que houve a internação involuntária. Sugere, ainda, que haja a participação de representantes de associações de usuários, familiares ou de movimentos sociais ligados à saúde mental ou aos direitos humanos, além do Ministério Público Estadual.

20 (19,42%) dos usuários-respondentes declaram encontrar-se em regime de internação involuntária e 48 (70,59%) dos membros de equipes de saúde mental respondentes afirmam que o serviço de saúde (mental) realiza essa modalidade de internação.

Quando há internação involuntária, a admissão do usuário segue um procedimento padrão, segundo 44 (64, 71%) dos membros de equipe de saúde (mental) respondentes.

De acordo com os membros das equipes de saúde (mental) respondentes, quando há internação involuntária o Ministério Público: é comunicado, segundo 40 (58, 82%) dos respondentes; não é comunicado, de acordo com 10 (14,71%) dos profissionais de saúde (mental); 18 (26,47%) não responderam ou o estabelecimento não recebe esse tipo de internação.

Essa comunicação de internação involuntária ao Ministério Público é feita, de acordo com os 38 (55,88%) profissionais que responderam essa questão: pela administração (3 = 7,9%); pela diretoria (3 = 7,9%); pelo médico (2 = 5,26%); pela recepção (4 = 10,53%); pelo SAME (18 = 47,37%), pelo serviço social (1 = 2,63%); pelo setor de controle e inclusão (2 = 5,26%) ou pelo setor judiciário (1 = 2,63%).

Tabela 12- Prazo máximo para comunicação de internação involuntária ao Ministério Público

<i>Prazo Máximo (horas)</i>	<i>Respondentes (N^o)</i>	<i>Percentual (%)</i>
até 24	16	23,53
até 48	8	11,76
até 72	13	19,11
Não respondeu/não se aplica	31	45,59

Fonte: Elaboração da autora

A maioria das comunicações acerca de internações involuntárias é feita antes do prazo máximo estabelecido pelo art. 8º, § 1º lei n. 10.216/2001 e pelo art. 5º da portaria GM n. 2.391/2002, ou seja, até 48 horas depois da entrada do usuário.

O Ministério Público de São Paulo, em razão das exigências da lei n. 10.216/2001 e da Portaria GM n. 2.391/2002 e do volume de notificações recebidas, desenvolveu um banco de dados para cadastrar o recebimento das comunicações de internações involuntárias, conforme assento n. 4 (CAOCÍVEL, 2003) e, a partir da análise dessas informações, “[...] poder apresentar proposta de fixação de política institucional na área” (REIS, informação verbal, 2003). Por isso, de acordo com o assento n. 2 (CAOCÍVEL, 2003):

A remessa ao Ministério Público de **Comunicações de Internação Psiquiátrica Involuntária de que trata a Lei n. 10216/2001**, deverá obedecer ao que segue:

Na Capital o CAOCIVEL centralizará o recebimento das comunicações de Internação Psiquiátrica Involuntária, incumbindo-lhe compilar e preparar os documentos, bem como disponibilizar a infra-estrutura e o que mais se fizer imprescindível para o exercício das atribuições dos Promotores de Justiça designados para examinar as comunicações.

Nas demais Comarcas do Estado de São Paulo, nas Promotorias de Justiça com mais de um integrante incumbirá aos Promotores de Justiça fixar a quem serão remetidas as comunicações.

Se o período de 72 horas previsto como máximo para a comunicação da IPI se esgotar em final de semana ou feriado, o envio da notificação ao CAOCÍVEL ou a qualquer promotoria de justiça do Estado de São Paulo é prorrogado para o primeiro dia útil subsequente, como qualquer outro prazo processual (REIS, informação verbal, 2003).

A Portaria GM n. 2.391/2002 estabelece, ainda, nos seus arts. 6º, 10 e 11 a participação do Ministério Público Estadual (ou do Distrito Federal e Territórios) na Comissão Revisora de Internação Involuntária e a sua atuação nas questões relativas às IPI e IPVI.

Esses dispositivos legais, contudo, ferem frontalmente a hierarquia das normas jurídicas (pois uma portaria é hierarquicamente inferior a uma lei ordinária

que, por sua vez, é hierarquicamente inferior à Constituição) e, sobretudo, o princípio constitucional da independência funcional do Ministério Público (art. 127, § 1º da CF/88). Por isso, o MP do Estado de São Paulo emitiu o assento n. 01, havido no aviso n. 108/2003 da PGJ/SP, onde recomenda a não participação dos membros do MP na referida comissão.

O Assento n. 1 veiculado pelo Aviso n. 108/2003 da Procuradoria-Geral de Justiça, como os demais Assentos que hoje já somam seis, são elaborados pelo Grupo de Trabalho. **NÃO TEM CARACTER VINCULATIVO.** Afinal, **o Promotor de Justiça tem a sua atuação vinculada à Constituição Federal e às Leis. Portaria do Ministério da Saúde vincula, evidentemente, os órgãos que a ele estão submetidos hierarquicamente.** O Ministério Público, conforme a Constituição Federal assim determina, é Instituição Permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis; seus princípios institucionais reconhecidos pela Constituição são a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional, além da autonomia funcional e administrativa. (REIS, informação verbal, 2003, grifos nossos).

Apesar de toda a problemática que envolve os direitos da criança e do adolescente como seres em desenvolvimento, não há um procedimento diferenciado em relação à fiscalização do cumprimento da lei n. 10.216/2001, pelo Ministério Público do Estado de São Paulo e, “curiosamente, poucas informações sobre internações involuntárias de crianças ou adolescentes foram encaminhadas ao Ministério Público da Capital” (REIS, informação verbal, 2003).

5.8.3 Internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária

A IPVI consiste na modalidade de internação voluntária que, no seu curso, torna-se involuntária, pois o usuário do serviço posiciona-se contrário à sua permanência no estabelecimento (art. 3º, § 3º da Portaria GM n. 2.391/2002).

Essa manutenção pode decorrer tanto de solicitação por parte de familiares ou responsáveis pelo portador de transtornos mentais como por parte da equipe de saúde (mental).

Independentemente de quem der causa à permanência do usuário, na instituição, se essa for contra a sua vontade, o serviço de saúde (mental) deve dar ciência ao Ministério Público Estadual (ou do Distrito Federal e Territórios),

enviando-lhe o Termo de Comunicação de Internação Involuntária (arts. 6º e 7º da Portaria GM n. 2.391/2002).

O estabelecimento de saúde (mental) ou familiar que aceitar ou solicitar uma IPI ou uma IPVI, em desconformidade com os preceitos normativos dispostos na lei n. 10.216/2001 e na Portaria GM n. 2.391/2002 praticam o delito de cárcere privado, que consiste em acorrentar, trancar, manter preso em casa ascendente ou descendente ou cônjuge portador de transtorno mental (art. 148, § 1º, I do CP) ou interná-lo contra sua vontade (internação involuntária) mantendo-o em clínica de repouso ou hospital psiquiátrico ou geral (art. 148, § 1º, II do CP) por mais de 15 dias (art. 148, § 1º, III do CP) impingindo-lhe grave sofrimento físico e mental (art. 148, § 2º, do CP) caracteriza o crime de cárcere privado, cuja pena varia de 2 a 8 anos de reclusão.

5.8.4 Internação psiquiátrica compulsória

Tem-se uma IPC quando ela é efetuada por determinação do Poder Judiciário, por intermédio da autoridade judicial, quando o portador de transtorno mental oferece risco para si, para sua família ou para a sociedade (art. 6º, III, da lei n. 10.216/2001 e art. 3º, § 4º da Portaria GM n. 2.391/2002). Referida internação deve ocorrer em conformidade com a legislação vigente, devendo o juiz do feito ater-se às “[...] condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (art. 9º da lei n. 10.216/2001).

Com base na teoria do *parens patriae*, o Estado (art. 3º da lei n. 10.216/2001), como substituto dos pais do paciente, deve autorizar sua internação compulsória (arts. 6º, III e 9º da lei n. 10.216/2001), sempre que representar perigo para si mesmo, por ter tendência suicida, ou para outrem, se apresentar pendores para o homicídio ou para perturbar a ordem pública, ou se não tiver capacidade para cuidar de si mesmo de modo adequado. (DINIZ, 2002a, p. 170; TRINDADE, 2004, p. 109).

A IPC tanto pode acontecer em hospital ou clínica psiquiátrica como em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, quando o indivíduo portador de transtorno mental pratica um crime e deve receber tratamento por meio de medida de segurança.

“De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a internação pode ser considerada como uma medida de proteção, associada ou não à prática de ato infracional.” (TRINDADE, 2004, p. 111). Isso justifica, por exemplo, a internação compulsória de uma criança, do sexo feminino, de 10 anos de idade, que não teve nenhum transtorno mental diagnosticado, mas foi internada em hospital psiquiátrico infantil porque tentou suicídio 7 vezes em apenas 2 meses.

Enquanto os portadores de transtornos mentais infratores adultos possuem um estabelecimento próprio para receberem atenção terapêutica, o HCTP, desconhece-se a existência, quer em Minas Gerais, quer em São Paulo, de alas ou estabelecimento específico para a promoção ou recuperação da saúde mental do menor infrator. Em São Paulo, o atendimento em saúde mental a esse grupo é feito nos hospitais psiquiátricos infantis, com vigilância policial, o que, geralmente, acarreta prejuízo para a rotina hospitalar e para o tratamento dos demais usuários. Em Minas Gerais, o DETRANSME do Ministério Público do Estado tem, como uma de suas atribuições, prevista na Resolução PGJ n. 9/2002, “a interação com órgãos judiciários sobre assistência ao menor infrator portador de transtorno mental.”

20 (19,42%) dos usuários-respondentes afirmam estarem em regime de internação compulsória e 47 (69,12%) dos membros de equipes de saúde mental respondentes informam que os estabelecimentos de saúde (mental) em que atuam realizam essa modalidade de internação.

A internação compulsória, por meio de medida de segurança, é atualmente regulada pelo CP, pelo CPP e pela LEP.

Se, por um lado, o CP se antecipa à reivindicação levada a efeito no *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*, em 1987, no tocante à extinção dos manicômios judiciários, por outro continua negando a cidadania ao portador de transtorno mental que pratica um ato criminoso. Nega-lhe a cidadania na medida em que fixa como critério para a aplicação da medida de segurança a “periculosidade do agente”.

A periculosidade apresenta-se, segundo Brunetta (2005, p. 71) “[...] como um estado subjetivo, mais ou menos duradouro, de antissociabilidade, que se evidencia ou resulta da prática do crime e se funda no perigo de reincidência.”

“Perigoso é um adjetivo que se atribui a alguém que se pode prenunciar alguma circunstância danificante; é o sentimento oposto à confiança.” (COHEN, 1996, p. 77). “Periculosidade”, “perigo” são expressões que possuem uma conotação

de “permanente”, de uma qualidade intrínseca, imutável e exclusiva do portador de transtorno mental, pois o CP não faz referência a esse “traço distintivo” quando se volta para o disciplinamento do comportamento do agente imputável.

A determinação de quem seja perigoso, para quem se é perigoso, quando se é perigoso e quando se deixa de sê-lo pressupõe critérios valorativos variáveis. Como o CP brasileiro estabelece como critério de avaliação apenas a perícia médica (art. 97, § 1º do CP) e não uma análise multi ou interdisciplinar do paciente, os valores sociais e individuais, a concepção teórico-científica do perito, dentre outros influenciam a elaboração do laudo pericial, o que pode levar ao maior ou menor tempo de duração da medida de segurança, quando não à sua perpetuação. Mas, a LEP, por sua vez, nos seus arts. 6º e 7º, estabelece que os condenados à pena privativa de liberdade sejam classificados por uma comissão técnica de classificação, a fim de que lhe estipulem um programa individual de cumprimento da pena. Referida comissão é multiprofissional, composta pelo Diretor do estabelecimento prisional - seu presidente nato -, pelo menos dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. Ora, se o imputável pode passar por uma avaliação multiprofissional, o mesmo tratamento jurídico deve ser dado ao agente portador de transtorno mental, a fim de se verificar o seu “grau de periculosidade”, sob pena de se incorrer em discriminação desse último (COHEN, 1996, p. 79-80).

Por isso, Latas e Vieira (2004, p. 89), comentando a Lei de Saúde Mental portuguesa, apontam para uma necessária “[...] mudança de paradigma da ‘perigosidade’ para a de ‘risco de violência’,” que utiliza como critério avaliativo não apenas as condições psíquicas do próprio indivíduo, mas também os fatores ambientais, sociais e situacionais a que ele se encontra exposto (ABDALLA-FILHO, 2004, p. 163). A utilização do conceito “risco de violência” deve promover uma mudança agir da equipe de saúde mental, bem como dos operadores do direito, na medida em que se substitui

[...] o foco da atenção de uma “qualidade vitalícia” para uma “probabilidade”, que será maior ou menor consoante um manejo clínico a ser executado, reduzindo-se também o estigma associado e fazendo apelo à fundamentação científica psicológica. Se a “*Perigosidade*” era algo de categorial binário inconsistente com a realidade do dia a dia, enquanto constructo estável e inerente, o “*Risco de Violência*” aponta para um *continuum*, passível de ser classificado em risco baixo, médio ou alto, que se revela da maior importância na avaliação clínico-psiquiátrica. (LATAS; VIEIRA, 2004, p. 89-90).

Outra questão extremamente delicada e não abordada no referido Relatório é a possibilidade de indeterminação do prazo máximo para a medida de segurança. Essa questão é extremamente controvertida, pois a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu art. XI, 2, dispõe, *in verbis*, que:

Ninguém poderá ser culpado por qualquer ação ou omissão que, no momento não constituam delito perante o direito nacional ou internacional. Também não será imposta pena mais forte do que aquela, que no momento da prática era aplicável ao ato delituoso.

A CF/1988, no seu art. 5º, XLVII, “b”, proíbe a adoção de penas de caráter perpétuo. O CP, por sua vez, prevê, no seu art. 75, 30 anos como sendo o prazo máximo de cumprimento de pena privativa de liberdade, enquanto, para o cumprimento da medida de segurança, sob a alegação da necessidade de cessar a periculosidade do tempo, o “encarceramento”, em se tratando da modalidade detentiva, persiste por muito tempo.

O problema, contudo, não está apenas na falta de um prazo máximo para o cumprimento da medida de segurança, mas também na precária estrutura político-administrativa do aparelho estatal, em especial do Poder Judiciário, que tem um papel central nessa questão, e na (não) prestação de assistência judiciária adequada a essa população, que fica, em razão do exposto, sem o devido acesso à justiça, compreendido no seu sentido mais amplo, qual seja, além da nomeação de um defensor público (ou um advogado nomeado pelo Estado), a observância do princípio do devido processo legal. Assim, a medida de segurança perde o seu caráter terapêutico e se transforma na mais dura e injusta pena, privando o indivíduo do gozo da sua liberdade, de retornar ao convívio familiar e social, violando o princípio da dignidade da pessoa humana e da legalidade, que permeia o Direito Penal.

Elias Abdalla Filho (2004, p. 164) afirma que uma das maiores críticas dos peritos médicos em relação à medida de segurança volta-se para a determinação do tipo de tratamento a que é submetido o portador de transtorno mental que pratica um crime. O critério utilizado para o estabelecimento de tratamento ambulatorial ou hospitalar é a gravidade do delito praticado (a importância do bem jurídico atingido) e não a gravidade do transtorno psiquiátrico, o que denota, claramente, a prevalência do critério jurídico-legal em detrimento do critério médico-científico (mais uma vez, a prudência prevalece sobre a ciência).

Essa prevalência do paradigma jurídico-criminal sobre o médico-terapêutico se faz notar não apenas no tocante ao critério utilizado para a determinação da medida de segurança, mas também pela própria estrutura e funcionamento dos HCTP, que integram o sistema penitenciário e reproduzem sua lógica, apesar da sua necessária interface com as políticas públicas em saúde mental (ASP - agente de segurança penitenciária; regime aberto, semi-aberto e fechado de “cumprimento” da medida de segurança e não de tratamento. Assim como o preso comum, o portador de transtorno mental que se encontra cumprindo medida de segurança também perde o direito político ao voto).

A medida de segurança é uma modalidade de sanção e como tal, privilegia, na prática, a segurança pública em detrimento do seu caráter curativo. Assim, o restabelecimento da saúde mental do indivíduo “perigoso” que pratica um delito em razão de um agravo mental é um meio de se assegurar um fim: a segurança da sociedade.

15 (14,70%) dos portadores de transtornos mentais que participam da pesquisa encontram-se cumprindo medida de segurança em HCTPs em virtude de terem praticado algum crime por causa dos seus transtornos mentais (transtorno dissociado, piromania, dependência química, dentre outros). Contudo, desses 15 pacientes, 7 (46,66%) desconhecem a natureza do seu transtorno mental, apesar de indicarem com naturalidade o número do artigo do CP correspondente ao delito praticado. Tal situação denota o desrespeito ao direito à informação acerca do seu quadro clínico, tal como preconizado pela lei n. 10.216/2001.

Em 2002 realizou-se em Brasília o Seminário Nacional para a reorientação dos HCTPs e ali se reconhecem os problemas anteriormente apontados, em relação à atual legislação que regula o tratamento do portador de transtorno mental, por meio de medida de segurança. Reconhece-se, também, que os portadores de transtornos mentais infratores, internados nos 19 estabelecimentos espalhados pelo país, devem ser contemplados pela atual política pública em saúde mental brasileira, devendo, portanto, receber atenção em saúde mental na rede especializada e no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

5.8.5 Outros direitos e questões relacionados à internação do portador de transtorno mental

Independentemente da modalidade de internação, todos os usuários gozam do direito de receber visitas, durante esse período. Em 49 (47, 57%) dos casos, as visitas são diárias, em horário fixado pelo estabelecimento. Visitas uma vez por semana aparecem como a segunda possibilidade mais freqüente - 19 (18,45%).

O direito a acompanhante - familiar ou responsável legal - é um direito do paciente, qualquer que seja o seu agravo. Contudo, no âmbito da saúde mental, essa prerrogativa é reservada apenas aos portadores de transtorno mental menores de idade, o que talvez justifique o fato de apenas 21 (20,39%) dentre os usuários-respondentes afirmarem gozar desse direito.

Além de estabelecer que o tratamento por meio de qualquer das modalidades de internação deve se constituir em uma exceção, o art. 4º da lei n. 10.216/2001 prevê nos seus três parágrafos, como deve ser prestada essa assistência hospitalar.

O § 1º do referido art. 4º da lei n. 10.216/2001 estabelece que o tratamento deverá visar, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio. A desejada reinserção ocorrerá tanto mais quanto menor for o tempo de permanência do usuário, pois sua maior ou menor permanência no serviço denota uma maior ou menor recuperação da sua saúde mental e evita a temida cronificação.

À pergunta se há um **período máximo de permanência** do paciente internado, no mesmo serviço (instituição), configura-se o seguinte cenário:

Tabela 13- Prazo máximo de internação de portador de transtorno mental

<i>Prazo Máximo (dias)</i>	<i>Respondentes (Nº)</i>	<i>Percentual (%)</i>
30	3	4,41
45	11	16,17
60	2	2,94
90	1	1,47
360	1	1,47
Não há	37	54,41
Não respondeu/não se aplica	13	19,12

Fonte: Elaboração da autora

Em relação ao **tempo médio de internação**, tem-se:

Tabela 14- Período médio de internação de portador de transtorno mental

<i>Período Médio (dias)</i>	<i>Respondentes (N^o)</i>	<i>Percentual (%)</i>
20	1	2,13
28	1	2,13
30	27	57,45
45	11	23,40
50	1	2,13
360 ou mais	3	6,38
Depende do caso	3	6,38
Não respondeu/não se aplica	21	30,88

Fonte: Elaboração da autora

A assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, durante a internação, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros, durante a internação, é outra estratégia de reabilitação psicossocial, prevista no art. 4º, § 2º, da lei n. 10.216/2001. Tal exigência pauta-se pela complexidade dos transtornos mentais, que envolvem questões físicas, psíquicas e sociais, tanto do próprio portador de transtorno mental como da sua família (OMS, 2002, p. 105).

Para atingir esses objetivos, os serviços de atenção em saúde mental, voltados para os portadores de transtornos mentais, que participam desta pesquisa contam com estrutura física, terapêutica e recursos humanos, conforme a seguir demonstrado.

Tabela 15- Assistência em saúde mental oferecida pelos serviços

<i>Pessoal/estrutura física</i>	<i>Quantidade (N^o)</i>	<i>Respondentes equipe (N^o)</i>	<i>Percentual equipe (%)</i>
Médicos	1- 4	11	16,18
	5-10	16	23,53
	11-15	15	22,06
	Mais de 20	23	33,82
Enfermeiros	1- 4	21	30,88
	5-10	20	29,41
	11-15	10	14,70
	16-20	14	20,60
Psicólogos	1- 4	28	41,17
	5-10	35	51,47
	11-15	2	2,94
-	-	-	-

Assistentes sociais	1- 4	38	55,88
	5-10	26	38,23
	11-15	1	1,47
Terapeutas ocupacionais	1- 4	23	33,82
	5-10	23	33,82
	11-15	1	1,47
Nutricionistas	Não possui	18	26,47
	1- 4	48	70,60
Fonoaudiólogos	Não possui	17	25
	1- 4	15	22,06
Sala de fisioterapia/terapia ocupacional	Não possui	49	72,06
	1- 4	21	30,88
	5-10	23	33,82
	Mais de 10	5	7,35
Pátio/área livre	Não possui	16	23,53
	1- 4	19	27,94
	5-10	29	42,65
	Mais de 10	10	14,70
Oficinas	Não possui	7	10,29
	1- 4	10	14,70
	5-10	35	51,47
	Mais de 10	17	25
	Não possui	3	4,41
Número de leitos	20	3	4,41
	138	13	19,11
	186	3	4,41
	200	12	17,65
	210	2	2,94
	240	5	7,35
	590	3	4,41
	808	10	14,7
	Não possui	12	17,65
	Não respondeu/não se aplica	-	3

Fonte: Elaboração da autora

Os estabelecimentos contam, assim, com equipes multiprofissionais, compostas por, pelo menos, quatro especialidades distintas, notadamente, medicina, enfermagem, psicologia e assistência social.

Aliado à presença de uma equipe multidisciplinar, a estrutura física e terapêutica que os estabelecimentos oferecem aos usuários, tais como pátios/áreas de lazer e oficinas terapêuticas, podem promover a sua reabilitação psicossocial.

Os usuários relatam que, nos seus momentos de lazer, quer durante o tratamento/internação, quer na sua convivência social desenvolvem as seguintes atividades:

Tabela 16- Atividades de lazer dos usuários

<i>Atividade</i>	<i>Respondentes (N^o)</i>	<i>Percentual (%)</i>
Visita parentes	52	50,49
Visita amigos	60	58,25
Viaja	45	43,69
Pratica atividade física	37	35,92
Pratica atividade manual	45	43,69
Freqüenta igreja/templo/centro	64	62,14
Freqüenta bar	15	14,56
Participa de festas	54	52,43
Outras	16	15,53

Fonte: Elaboração da autora

Todos os usuários relatam o desenvolvimento de mais de uma atividade de lazer, dentre as quais se destacam as práticas religiosas - 64 (62,14%) - seguida de visita a amigos - 60 (58,25%) e da participação em festas - 54 (52,43%). Algumas dessas atividades são desenvolvidas nas oficinas terapêuticas ou nos pátios, áreas de lazer do próprio estabelecimento.

A integralidade das equipes de saúde (mental) realizam reuniões para discutir os casos sob a sua responsabilidade, predominantemente uma vez por semana - 58 (85,29%). Algumas equipes reúnem-se a cada 15 dias - 6 (8,82%) - ou mensalmente - 1 (1,47%) - ou, ainda, quando há casos de maior complexidade - 8 (11,76%).

Apesar de a lei n. 10.216/2001 ainda privilegiar o saber médico, no tocante à conveniência ou não da internação, o tratamento dos usuários é definido pela equipe multidisciplinar, de acordo com 28 (45,90%) dos profissionais-respondentes e por meio de projeto terapêutico individual - 24 (39,34%).

O número de leitos da maioria desses estabelecimentos, contudo, não atende às recomendações da OMS (2002, p. 153) e é incompatível com as novas estratégias em saúde mental, estabelecidas na Portaria GM n. 52, de 20 de janeiro de 2004. De acordo com a referida Portaria, os hospitais psiquiátricos contratados pelo SUS, com um número superior a 160 leitos deverão, gradativamente, proceder à sua redução, observados os limites máximos e mínimos.

Essa exigência pauta-se, uma vez mais, pela promoção da reabilitação psicossocial, que tem na desinstitucionalização um de seus requisitos. A OMS (2002, p. 97-9) ressalta que desinstitucionalização e desospitalização são processos correlatos, porém, distintos. “A desinstitucionalização é um processo complexo que leva à implementação de uma rede sólida de alternativas comunitárias.” O processo de desospitalização deve ocorrer, concomitantemente, ao processo de desinstitucionalização, pois “fechar hospitais mentais sem alternativas comunitárias é tão perigoso como criar alternativas comunitárias sem fechar hospitais psiquiátricos.” Dentro dessa perspectiva, a Portaria GM n. 52/2004 fala em **redução progressiva** dos leitos psiquiátricos.

Os trabalhadores em saúde (mental) respondentes, informam que, a partir de 2001, ano em que a lei n. 10.216/2001 foi promulgada, o número de leitos dos serviços:

Tabela 17- Número de Leitos Psiquiátricos no estabelecimento, a partir de 2001

<i>Número de Leitos</i>	<i>Respondentes (N^o)</i>	<i>Percentual (%)</i>
aumentou	4	5,88
diminuiu	31	45,59
Manteve-se	18	26,47
Não sabe	11	16,18
Não respondeu/não se aplica	4	5,88

Fonte: Elaboração da autora

Apenas dois serviços-participantes possuem menos de 160 leitos psiquiátricos. A diminuição no número de leitos dos estabelecimentos participantes desta pesquisa, informada por 31 (45,59%) profissionais-respondentes, é importante, porém, ainda insatisfatória, de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria GM n. 52/2004.

Se o elevado número de leitos de alguns estabelecimentos participantes é um indicador negativo, diante da política pública em saúde mental vigente, por outro, nenhuma delas pode ser, atualmente, qualificada como “instituição asilar”, pois

oferecem aos seus usuários grande parte dos recursos arrolados no Parágrafo Único do art. 2º, da lei n. 10.216/2001, além de lhes garantir o gozo dos direitos consubstanciados no art. 1º da referida lei.

Tanto é assim que os trabalhadores em saúde (mental) que participam desta pesquisa - 54 (79,41%) do sexo feminino e 14 (20,59%) do sexo masculino - pertencem às categorias profissionais a seguir identificadas, conforme exige o atendimento multidisciplinar e os usuários relatam terem recebido os cuidados dessas diferentes categorias profissionais, conforme tabela 18.

Tabela 18- Profissões dos trabalhadores em saúde (mental) e atenção em saúde mental

<i>Profissões</i>	<i>Respondentes equipe (Nº)</i>	<i>Percentual equipe (%)</i>	<i>Respondentes usuários (Nº)</i>	<i>Percentual usuários (%)</i>
Médico(a)	15	22,06	89	86,41
Enfermeiro(a)	8	11,76	90	87,38
Psicólogo(a)	23	33,82	81	78,64
Assistente social	11	16,18	76	73,79
Terapeuta ocupacional	9	13,24	59	57,28
Nutricionista	1	1,47	56	54,37
Outras	1	1,47	19	18,45

Fonte: Elaboração da autora

Verifica-se que as profissões da saúde (mental) são ocupadas, prevalentemente, por trabalhadoras do sexo feminino, o que pode indicar uma percepção do cuidado, da “maternagem” que o portador de transtorno mental exige, pelo seu suposto estatuto de minoridade, como inerente ao feminino.

O número de profissionais das áreas médica, enfermagem, psicologia e assistência social é maior do que das demais profissões, assim como a atenção médica, psicológica, da enfermagem e da assistência social oferecida aos usuários por esses profissionais prevalecem sobre as outras, conforme corroboram os dados apresentados na tabela 18.

Esses profissionais prestam serviços aos estabelecimentos de atenção em saúde (mental) desde:

Tabela 19- Período da contratação para prestação de serviços no estabelecimento de saúde (mental)

<i>Período da contratação (anos)</i>	<i>Respondentes (Nº)</i>	<i>Percentual (%)</i>
1980-1990	8	12,12
1991-2000	20	30,30
2001-2004	38	57,58
Não respondeu/não se aplica	2	2,94

Fonte: Elaboração da autora

O aumento no número de contratações de profissionais da saúde (mental) ao longo dos últimos 25 anos é progressivo.

Os profissionais contratados nos anos 80 do século XX, marcados pelo início dos movimentos em saúde mental - Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial, Trabalhadores em Saúde Mental - e pelo monopólio da atenção hospitalar, privada, em saúde mental, é 18,18% inferior em relação à década de 90.

Os anos 90 do século passado, por sua vez, são influenciados no âmbito nacional, pela promulgação da CF/88 e pela propositura do projeto de lei n. 3.657/1989, pela militância dos movimentos em saúde mental e pelas I e II Conferências Nacionais em Saúde Mental. No cenário internacional, organismos internacionais editam normas voltadas para a proteção do portador de transtorno mental.

Os três primeiros anos do século XXI, a contar de 2001, ano da promulgação da lei n. 10.216/2001, indicam um aumento de 27,28% no número de profissionais contratados em relação à década anterior, o que denota a eficácia social da referida norma, nesse tocante.

5.9 Reabilitação Psicossocial do portador de transtorno mental

O art. 5º da lei n. 10.216/2001 prevê que o Poder Executivo institua política pública especialmente voltada para a alta planejada e a reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental institucionalizado.

Para a OMS (2002, p. 116):

A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais (OMS, 1995). A reabilitação psicossocial é um processo abrangente, e não simplesmente uma técnica.

Enquanto processo de amplo espectro, a reabilitação psicossocial pode envolver diferentes estratégias como rede de reabilitação, reabilitação profissional, emprego, moradia e apoio social, com vistas à emancipação/autonomia do usuário portador de transtorno mental e, ao mesmo tempo, à sua integração à família e à

comunidade, “[...] permitindo-lhes recontactar sua natureza através de sua terra, sua cultura, de maneira que reconheçam a liberdade em si mesmos” (FERREIRA, 2001, p. 83).

Os **serviços residenciais terapêuticos ou lares abrigados**, regulamentados pela Portaria GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000, consistem em uma modalidade assistencial substitutiva da internação prolongada, que visa possibilitar àqueles que se encontram em situação de “internação social”, com grave dependência institucional, em razão da perda do vínculo familiar ou porque estão impossibilitados de voltarem ao convívio familiar, terem sua própria moradia, preferencialmente, na comunidade e possibilitar-lhes resgatar não apenas a autonomia no desempenho de rotinas domésticas, mas sobretudo sua própria cidadania.

A previsão normativa expressa no art. 5º da lei n. 10.216/2001 foi regulamentada pela lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003 (e Portaria GM n. 2.077, de 31 de outubro de 2003), que dispõe acerca do auxílio-reabilitação psicossocial dos pacientes internados há, pelo menos dois anos e cujo histórico clínico e social denote a possibilidade de retorno ao meio social. O benefício pecuniário será concedido por um ano, podendo ser renovado, se houver necessidade. Essa lei contempla, simultaneamente, o direito à convivência familiar e comunitária e o auxílio aos desamparados, através do **Projeto “De volta para casa”**.

Podem ser beneficiados com essa estratégia de reabilitação psicossocial tanto pacientes egressos de hospitais psiquiátricos como de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, desde que tenham permanecido internados por período igual ou superior a dois anos - contando-se para tal, inclusive, o tempo de permanência em serviço residencial terapêutico - e preencham os outros requisitos estabelecidos no art. 3º da lei n. 10.708/2003.

Na regulamentação jurídico-normativa de ambas as estratégias em saúde mental há a previsão de descredenciamento de igual número de leitos do hospital e realocação dos recursos poupados em virtude da transferência de cada paciente internado, quer para o serviço residencial terapêutico, quer para sua própria casa.

A inclusão social implica em um processo, que, para Ana Lúcia Mandacarú Lobo (2003, p. 72-3), compõe-se de três esferas distintas, a saber: a social, a familiar e a individual. No âmbito social, essa inclusão pode e deve ser efetivada através da (re)inserção no mercado de trabalho, tanto no setor público como no privado.

Maria Helena Diniz (2002, p. 160) e Cíntia Menezes Brunetta (2005, p. 70) apresentam como resultado dessa proposta de (re)inserção social por meio da habilitação ou reabilitação profissional, no âmbito infraconstitucional pátrio, a edição das seguintes leis: lei n. 7.853/89, lei n. 8.213/91, e lei n. 9.867/99.

A **lei n. 7.853/89**, dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência e sua integração social, que, em relação à sua formação profissional e do trabalho, em conformidade com o art. 2º, parágrafo único, III, requer:

- a) o apoio governamental à formação profissional, à orientação profissional, e a garantia de acesso aos serviços concernentes, inclusive aos cursos regulares voltados à formação profissional;
 - b) o empenho do Poder Público quanto ao surgimento e à manutenção de empregos, inclusive de tempo parcial, destinados às pessoas portadoras de deficiência que não tenham acesso aos empregos comuns;
 - c) a promoção de ações eficazes que propiciem a inserção, nos setores público e privado, de pessoas portadoras de deficiência;
 - d) a adoção de legislação específica que discipline a reserva de mercado de trabalho, em favor das pessoas portadoras de deficiência, nas entidades da Administração Pública e do setor privado, e que regulamente a organização de oficinas e congêneres integradas ao mercado de trabalho, e a situação, nelas, das pessoas portadoras de deficiência;
- [...]

A **lei n. 8.213/91**, subseção II, art. 93, prevê que empresas com número igual ou superior a 100 funcionários devem contratar, proporcionalmente, portadores de necessidades especiais.

A **lei n. 9.867/99** objetiva inserir no mercado econômico, por intermédio do trabalho, pessoas em situação de desvantagem, assim entendidos, dentre outros, “[...] os deficientes psíquicos e mentais, pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egressos de hospitais psiquiátricos e dependentes químicos” (art. 3º, II e III). Para viabilizar o ingresso dessas pessoas, no mercado de trabalho, propõe, no seu art. 1º, a criação e implantação de **cooperativas sociais**, onde sejam organizados e geridos serviços socio sanitários e educativos (art. 1º, I) ou atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços (DINIZ, 2002, p. 160-1). “A cooperação entre os sectores público e privado numa empresa social é promissora, do ponto de vista da saúde pública.” (OMS, 2002, p. 117).

Dos 102 usuários-respondentes, 31 (30,10%) trabalham e 63 (61,17%) não desempenham nenhum tipo de atividade profissional remunerada.

As atividades que os portadores de transtornos mentais desempenham encontram-se assim agrupadas:

Tabela 20- Atividades Profissionais desenvolvidas pelos portadores de transtorno mental

<i>Atividade Profissional</i>	<i>Profissionais Percentual</i>	
	<i>(N^o)</i>	<i>(%)</i>
Atividades Manuais	2	6,45
Auxiliar	6	19,35
Carteiro	1	3,23
Contador	1	3,23
Costureira	1	3,23
Frentista	1	3,23
Limpeza	3	9,68
Manicure	1	3,23
Motorista	1	3,23
Pedreiro	1	3,23
Pintor	2	6,45
Professor	1	3,23
Rural	1	3,23
Segurança	1	3,23
Técnico	6	19,35
Vendedor	2	6,45

Fonte: elaboração da autora

Verifica-se que a grande maioria dos portadores de transtornos mentais respondentes encontra-se fora do mercado de trabalho e, dentre os que se encontram inseridos nele, grande parte desempenha atividades que não requerem escolarização, ou seja, mesmo os portadores de transtorno mental habilitados ou reabilitados para o trabalho sofrem de exclusão, na medida em que os postos de trabalho que ocupam têm baixa remuneração salarial.

5.10 O problema da participação do portador de transtorno mental em pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos

O art. 11 da lei n. 10.216/2001 dispõe que a participação de portador de transtorno mental em pesquisas científicas voltadas para diagnósticos e terapêuticas requer o seu consentimento expresso ou o do seu representante legal, assim como a comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Pesquisas envolvendo seres humanos, no Brasil, são reguladas pela Resolução CNS n. 196/96 e seus aspectos éticos também são pautados pelos princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. São

consideradas pesquisas envolvendo seres humanos aquelas que “[...] individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais” (item II.1, Resolução CNS n. 196/96). Essas pesquisas não são, necessariamente, na área médica ou das ciências biológicas em geral, mas sim, toda e qualquer pesquisa científica que tenha como objeto o ser humano.

Para que uma pesquisa com seres humanos seja considerada ética, deve fundar-se no consentimento livre e esclarecido da população alvo, bem como na proteção das populações vulneráveis ou dos indivíduos juridicamente incapazes. Deve-se, ainda, realizar a ponderação dos riscos e benefícios da pesquisa, atuais e futuros, para o indivíduo e a para a coletividade. A realização da pesquisa só deve ocorrer, se houver a constatação de que os riscos ou danos (malefícios) são menores ou inexistentes em relação aos benefícios (beneficência) e que a importância social da pesquisa gera ganhos significativos para os seus participantes “[...] e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sociohumanitária (justiça e equidade).”

As pesquisas que envolvem seres humanos - portadores de transtornos mentais - devem ser submetidas aos CEPs que deverão ser integrados por representantes de associações de usuários e/ou portadores de patologias e deficiências, se na localidade em está sediado houver fóruns ou conselhos destas entidades (Resolução CNS n. 240, de 5 de junho de 1997).

Caso a pesquisa volte-se para o desenvolvimento de novos psicofármacos, sujeita-se ao disposto na Resolução CNS n. 251, de 7 de agosto de 1997 e se envolver cooperação entre o Brasil e outros países, submete-se ao previsto na Resolução n. 292, de 8 de julho de 1999.

Diretamente ligada à temática da pesquisa com seres humanos e, especificamente com portadores de transtornos mentais são as pesquisas envolvendo genética humana (Resolução CNS n. 340, de 8 de julho de 2004) e utilização e armazenamento de material genético (Resolução CNS n. 347, de 13 de janeiro de 2005).

Dentre os possíveis seres humanos participantes de pesquisas há um grupo denominado população vulnerável, em razão da sua pressuposta menor autonomia em relação aos outros grupos participantes. Os **portadores de transtornos**

mentais, as crianças e os adolescentes, os idosos, os presos, dentre outros são exemplos de indivíduos vulneráveis, em pesquisa com seres humanos.

O consentimento do portador de transtorno mental, enquanto participante de pesquisa para fins diagnósticos ou terapêuticos, deve ser dado por meio de um TCLE, que lhe possibilite compreender as conseqüências ou implicações da pesquisa da qual fará parte. Por isso, o TCLE deve ser redigido em uma linguagem simples, clara, objetiva e com o maior número de informações, a fim de possibilitar uma adesão real e “consciente” do portador de transtorno mental ou do seu representante legal, em seu nome.

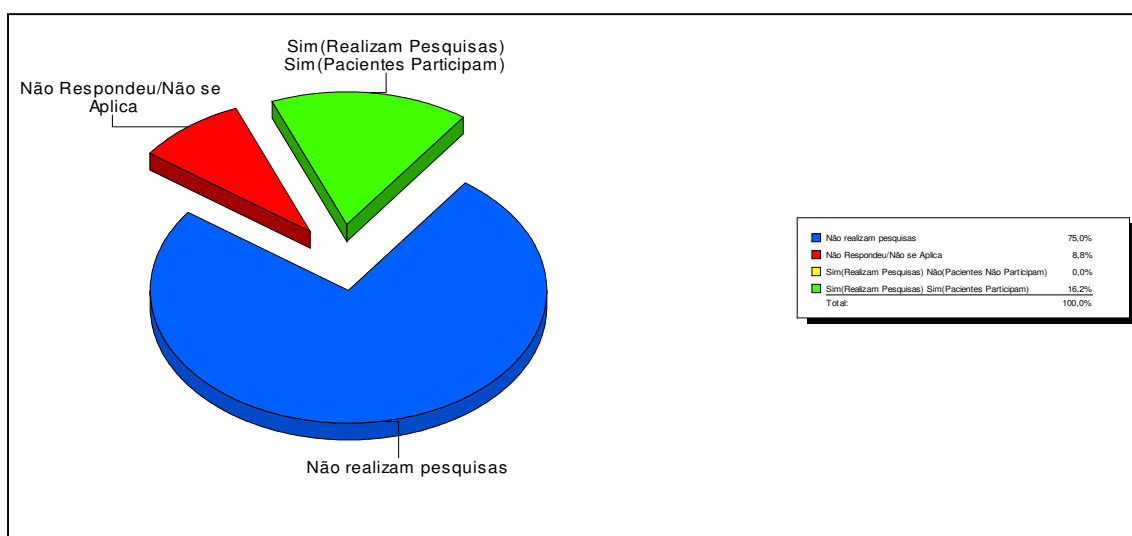


Gráfico 1- Participação de portador de transtorno mental em pesquisa

Fonte: Elaboração da autora

A participação ou não em pesquisa científica implica no respeito ou no desrespeito à autonomia do portador de transtorno mental, no seu direito à informação acerca dos procedimentos e instrumentos da pesquisa. A autonomia do portador de transtorno mental, por sua vez, permeia não só a tomada de decisão no tocante à sua participação ou não, mas também à sua retirada, a qualquer tempo do projeto. Além das questões envolvendo pesquisa científica, a autonomia do portador de transtorno mental tem implicações em outros direitos fundamentais, conforme será abordado na próxima seção.

6 IMPLICAÇÕES ÉTICO-JURÍDICAS DA AUTONOMIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Aristóteles, dissertando sobre ética (1992, p. 49), afirma ser requisito necessário para a avaliação da excelência moral de uma conduta, a sua (in)voluntariedade.

Consideram-se **involuntárias** as ações praticadas sob compulsão ou por ignorância; um **ato é forçado** quando sua origem é externa ao agente, sendo tal a sua natureza que o agente não contribui de forma alguma para o ato mas, ao contrário, é influenciado por ele [...] (ARISTÓTELES, 1992, p. 49, grifos nossos).

O ato voluntário, por seu turno, decorre do próprio indivíduo, que “[...] conhece as circunstâncias particulares em que está agindo” e implica em uma escolha sua (ARISTÓTELES, 1992, p. 52).

O ato voluntário requer autonomia, que consiste no auto-governo. A incapacidade de auto-governo é uma questão recorrente nas reflexões que envolvem o portador de transtorno mental. Normalmente, o Direito retira do portador de transtorno mental a sua capacidade de auto-governar-se, quer em razão do seu desenvolvimento mental retardado, quer por, supostamente, faltar-lhe discernimento ou consciência sobre a correção dos seus atos.

A autonomia, sobretudo sobre o próprio agir, implica na compreensão do que seja certo e errado, bom (justo) e ruim (injusto), lícito e ilícito. Esse auto-governo, por sua vez, requer liberdade para decidir, para escolher.

De acordo com Maria Celeste Cordeiro Leite Santos (2001, p. 310), a liberdade, por seu turno, aponta para a dignidade da pessoa humana, na medida em que “o homem é digno porque é livre”. Contudo, continua Maria Celeste Cordeiro Santos (2001, p. 311), a dignidade humana transcende o “simples arbítrio”, pois “supõe a prerrogativa de dirigir-se, através de suas escolhas, até sua própria plenitude e perfeição. A *liberdade* é expressão da dignidade humana enquanto reflete uma modalidade superior de ser.” (grifos da autora).

Se o portador de transtorno mental não é ética e juridicamente livre, posto ter seu comportamento e julgamento determinado por sua patologia, não é digno e não

é, por conseguinte, um ser humano. Se o portador de transtorno mental não é humano, então, o que é?

A liberdade de escolha - livre-arbítrio - e de julgamento que distingue o ser humano das demais espécies animais se opõe ao determinismo genético, regido pela necessidade - ser doente x ser saudável, ser perigoso x não ser perigoso - que, se imputa, reiteradamente, ao portador de transtorno mental. “O reducionismo genético induz, portanto, a considerar a pessoa em estreita correlação e dependência de sua informação, de seus genes,” assevera Maria Celeste Cordeiro Leite Santos (2001, p. 322). Pode-se, então, julgar - ética e juridicamente - o portador de transtorno mental e a sua autonomia utilizando exclusivamente o critério biológico, em detrimento do social? Entende-se que não, pois o meio, a cultura, também contribui para a manifestação e remissão ou cronificação do transtorno mental.

Contudo, mesmo que o critério utilizado seja apenas o biológico, deve-se atentar para o fato de que a “consciência”, o discernimento dos diferentes portadores de transtornos mentais possui graus, de acordo com: a) a gravidade do seu transtorno ou do seu quadro clínico, tais como depressão leve ou grave, ansiedade, bulimia, esquizofrenia, dependência química, deficiência mental leve; b) a possibilidade ou não da remissão da enfermidade - transtorno agudo ou crônico.

É com base nesses critérios avaliativos, aliados às questões culturais, que se desenvolverão as análises acerca das implicações biojurídicas da autonomia do portador de transtorno mental.

6.1 Autonomia ético-jurídica do portador de transtorno mental e a prática de atos civis

A análise acerca da capacidade civil do portador de transtorno mental foi efetuada quando se abordou o Código Civil de 1916. Retormar-se-ão, contudo, algumas considerações, quando se entender necessário, para ampliar a compreensão do tema.

Segundo Maria Helena Diniz (2002a, p. 167-9), “o portador de moléstia mental não está habilitado a praticar atos na vida civil nem responde criminalmente.” (arts.

3º, II e 4º, II e III do NCC). Esse é o entendimento professado no art. 3º, II do NCC, que considera absolutamente incapaz para a prática de atos civis “[...] os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento [...]” para realizá-los e relativamente incapazes os arrolados no art. 4º, II, III e IV do NCC, quais sejam: os dependentes químicos - alcoolistas e drogaditos - ali inadequadamente denominados “ébrios habituais e viciados em tóxicos” “e os que, por deficiência mental tenham o discernimento reduzido”, “os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo” e “os pródigos”.

Contudo esse mesmo código considera a capacidade civil como regra e a incapacidade como exceção (art. 1º do NCC). Entretanto, afirma a mesma autora (DINIZ, 2002b, p. 5), a capacidade expressa no art. 1º do NCC é a de direito ou gozo que, diversamente da de exercício ou de fato, alcança todos os seres humanos. Essa última, contudo, requer “[...] discernimento, que é critério, prudência, juízo, tino, inteligência, e, sob o prisma jurídico, da aptidão que tem a pessoa de distinguir o lícito do ilícito, o conveniente do prejudicial.”

Discernimento, prudência, inteligência possuem gradações. Não se pode atribuir o mesmo grau de discernimento de um adolescente de 15 anos a uma criança de 3 anos de idade, mesmo que os dois possuam inteligência igual ou superior à média, da sua idade. Porém, ambos são incapazes juridicamente. A lei, por sua vez, deve ser elaborada tendo como parâmetro o “homem médio”, em outras palavras, cuja inteligência esteja dentro do padrão da maioria da população, que varia de país para país, quando não de região para região. O superdotado tem um nível de inteligência superior ao do homem médio, mas inferior ao do gênio, contudo, todos são iguais perante a lei e a ela devem se submeter.

Feita essa digressão, defende-se que a regra jurídica disposta no art. 3º, II do NCC só possa ser aplicada em caráter excepcional, após a realização de uma perícia técnica (médica e psicológica), que comprove a incapacidade do portador de transtorno mental e a conseqüente necessidade da sua interdição, tendo-se em vista a inexistência ou menor grau de discernimento, a maior ou menor gravidade do transtorno ou do quadro clínico do portador de transtorno mental submetido à avaliação técnica. Aliás, o critério misto - biopsicológico - utilizado no âmbito do Direito Penal contempla essas duas dimensões: a existência de uma patologia e a influência dessa patologia no agir ou na compreensão da ilicitude do agir do indivíduo. E mais, caso se verifique a necessidade de se proceder à **interdição**,

deve-se ainda informar se ela deverá ser **total ou parcial**, tendo como fundamento o já mencionado maior ou menor grau de discernimento do interditando (e também sua integridade física), tal como prevê o próprio NCC, no seu art. 1.772, em relação aos relativamente incapazes, a fim de que tal interdição não caracterize um constrangimento ilegal, quer da família, quer do Poder Judiciário, (RUEDA; SOTOMAYOR, 2002, p. 326).

Diante do exposto, entende-se que o portador de transtorno mental não interditado possui autonomia ético-jurídica plena, estando, desta forma, apto a casar-se, trabalhar, testar, administrar seus bens, a comprar e vender, dentre outros atos da vida civil. Contrariando o disposto no NCC, defende-se que só se aplica a regra inscrita no art. 1548, I do NCC - nulidade do casamento do enfermo mental sem o necessário discernimento para os atos da vida civil - se a interdição anteceder esse ato jurídico, caso contrário, será anulável, se restar demonstrado que a pessoa não possuía “o necessário discernimento” para casar-se.

Se o portador de transtorno mental estiver parcialmente interditado - para comprar, vender ou doar, por exemplo, em decorrência de prodigalidade (art. 1.782 do NCC) - poderá praticar atos civis que não impliquem na disposição do seu patrimônio.

A interdição total deve ser uma exceção e, quando se mostrar necessária, deve ser realizada com bastante cuidado, pois, na tentativa de se proteger o portador de transtorno mental, graves ônus podem ser-lhe gerados. A interdição civil total pode condenar o portador de transtorno mental, mais uma vez, a viver à margem da sociedade, pois decreta a sua morte civil, impossibilitando-o, por exemplo, de votar (que implica em capacidade política), de trabalhar, gerando mais um estigma e nova exclusão.

A interdição tem sido equivocadamente associada à concessão do benefício assistencial continuado previsto na LOAS - Lei n. 8.742/1993. Para se ter acesso a esse benefício, que é concedido a pessoas incapacitadas para o trabalho e que tenham renda familiar *per capita* de até R\$ 75,00, muitos portadores de transtorno mental têm sua interdição requerida pelos seus familiares. Essa distorção tem contribuído para o incremento no número de pedidos e concessões de interdições, levando à sua banalização (OLIVEIRA, 2005, p. 11; p. 42). “[...] a interdição deve ser vista como uma medida infinitamente mais séria do que simplesmente não conceder

a este indivíduo o benefício de prestação continuada. Na verdade, está se tomando dele o direito de guiar a própria vida.” (JANAÍNA, 2005, p. 51).³⁹

Dos 102 usuários-respondentes dessa pesquisa, apenas 4 (4,85%) são interditados. Contudo 48 (46,60%) não responderam essa questão, o que, entende-se, prejudica uma confirmação ou não acerca da banalização da interdição anteriormente referida.

O “enfermo” ou portador de deficiência física pode, de acordo com o art. 1.780 do NCC, requerer, diretamente, a nomeação de curador para cuidar de todos ou de apenas alguns de seus negócios ou bens (MAZZILLI, 2004, p. 344). Entende-se que essa regra é aplicável, também, ao portador de transtorno mental.

O NCC confere, ainda, ao portador de transtorno mental a prerrogativa de deserdar descendente ou ascendente (art. 1.962, IV e art. 1.963, IV, do NCC) (MAZZILLI, 2004, p. 344) caso seja desamparado pelo referido descendente ou ascendente.

6.2 O direito à cidadania do portador de transtorno mental

A cidadania é uma construção histórica, que se encontra interligada à aquisição de direitos, iniciada no final do século XVIII, em especial após a Revolução Francesa e a Declaração da Independência dos EUA, quando os direitos do Estado passam a se subordinar aos do indivíduo, que o precede, tem valor em si mesmo e é a razão de existir daquele (BOBBIO, 1992, p. 60).

Segundo Marshall, na linha da tradição liberal, a cidadania é o conteúdo da pertença igualitária a uma dada comunidade política e afere-se pelos direitos e deveres que o constituem e pelas instituições a que dá azo para ser social e politicamente eficaz. A cidadania não é, por isso, monolítica; é constituída por diferentes tipos de direitos e instituições; é produto de histórias sociais diferenciadas protagonizadas por grupos sociais diferentes. (SANTOS, B., 1997, p. 243-4).

A aquisição da cidadania inicia-se pela proteção jurídica das liberdades individuais, denominados direitos de primeira dimensão, tais como a vida, a liberdade de ir e vir, a propriedade e vem, ao longo dos séculos, agregando aos

³⁹ Informação verbal. In: SEMINÁRIO HÁ BANALIZAÇÃO DA INTERDIÇÃO NO BRASIL, 2005. Brasília: Câmara dos Deputados, 2005. Disponível em: <www2.camara.gov.br/comissoes/cdhm/notastaq/nt20102005>. Acesso em: 18 fev. 2006.

direitos individuais novos direitos, tais como os sociais, direitos de segunda dimensão - saúde, trabalho, segurança, educação - e os difusos - direitos de terceira, quarta e quinta dimensões. Assim, na medida em que a sociedade vai se tornando cada vez mais complexa promove transformações nas relações do indivíduo com o outro e com o próprio Estado e, em última instância, no próprio conceito de cidadania, conforme se pode depreender da análise da própria lei n. 10.216/2001.

Como já dito anteriormente, a cidadania do portador de transtornos mentais é entendida como a sua inserção “[...] em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico.” (BRASIL, 1988, p. 21), razão pela qual pauta não apenas esse tópico, mas norteia toda essa análise.

Essa compreensão ampla do que seja cidadania contrasta com seu sentido estrito, de um direito político, assegurado por intermédio do alistamento eleitoral e do comparecimento às sessões eleitorais no período de eleições. Esse direito implica em duas conseqüências distintas: o direito de votar - direito eleitoral ativo - e o direito de ser votado, quando a pessoa se candidata a um cargo eletivo - direito eleitoral passivo.

No tocante à primeira hipótese - **direito (dever) de votar** - Gilmar Mendes (2005, p. 548) contrapõe o disposto no art. 6º do Código Eleitoral Brasileiro, que faculta o **alistamento** eleitoral aos “inválidos” e o **voto** “aos enfermos” com o art. 14, §1º, II da CF/88, que faculta o alistamento eleitoral e o voto apenas aos analfabetos, aos maiores de 70 anos e aos maiores de 16 e menores de 18 anos, a fim de verificar se o primeiro foi ou não revogado pela nova ordem jurídico-constitucional brasileira. Diante da constatação de que houve a revogação, conclui, portanto, acerca da obrigatoriedade do alistamento e do voto, sem exceção, dos deficientes físicos e mentais e, portanto, dos portadores de transtornos mentais, maiores de dezoito anos e alfabetizados.

Contudo, com base no art. 5º, § 2º da CF/88, Gilmar Mendes propõe que seja facultativo o alistamento e o voto daqueles indivíduos portadores de deficiência (e, por analogia, aos portadores de transtornos mentais) se restar demonstrada a dificuldade de cumprir os referidos deveres (direitos) jurídicos.

Essa orientação, apresentada em voto na sessão administrativa de 3 de agosto de 2004, foi acolhida por unanimidade pelo Tribunal [RESOLUÇÃO TSE n. 21.920. PROCESSO ADMINISTRATIVO N. 18.483 –

CLASSE – 19ª – ESPÍRITO SANTO (Vitória). Relator: Ministro Gilmar Mendes.], que houve por bem entender como facultativos o alistamento e o voto dos cidadãos portadores de deficiências que impossibilitem ou tornem extremamente oneroso o exercício das obrigações eleitorais. (MENDES, 2005, p. 556).

Em relação ao **direito de ser votado**, ou seja, à possibilidade de se candidatar a um cargo eletivo, não se verifica nenhum óbice a tal, se o portador de transtornos mentais preencher as seguintes condições de elegibilidade: ser brasileiro, estar em pleno exercício dos seus direitos políticos, ser alistado eleitoralmente, ter domicílio eleitoral na circunscrição, ser filiado a um partido eleitoral e ter a idade mínima prevista para o cargo a que quer concorrer, tal como dispõe o § 3º do art. 14 da CF/88.

Além disso, a Resolução n. 46/1991 da ONU, que versa sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, ao dispor sobre as “liberdades fundamentais e os direitos básicos” assegura-lhes, no seu § 5º

[...] o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84, pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84, e por outros instrumentos relevantes, como a declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, 98 e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer forma de Detenção ou Aprisionamento, 99. (ONU, 1991).

Contudo, acrescenta-se os seguintes questionamentos a essas reflexões. Um indivíduo adulto portador de deficiência mental leve, segundo o CID-10 (2003, v. 1, p. 362), tem idade mental entre 9 e 11 anos. Diante disso, ele ainda teria o dever (direito) de votar? E de se candidatar a algum cargo eletivo, como o de vereador, por exemplo, que requer idade biológica (e não psíquica) mínima de dezoito anos (art. 14, § 3º, VI, “d”, da CF/88? Por outro lado, as respostas a essas mesmas indagações seriam idênticas se o indivíduo em questão fosse alguém que abusasse de substância psicoativa - cocaína ou álcool, por exemplo - mas que tivesse curso superior e fosse um empresário bem-sucedido?

6.3 Direito de nascer do portador de transtorno mental

Essa questão implica na observância ao princípio da autonomia, não a do portador de transtorno mental, mas sim a daquele que deve assegurar o seu direito de nascer.

Cada vez mais a engenharia genética e a biotecnologia se apresentam a serviço da eugenia, fazendo-se presente na seleção de embriões, nos exames pré-natais, na manipulação do genoma humano e isso afeta, diretamente, o direito à vida dos portadores de transtornos mentais, na medida em que o transtorno pode ser detectado antes mesmo da implantação do embrião no útero materno, o que pode levar ao descarte daquele embrião ou, caso a gravidez seja resultado de uma relação sexual, da interrupção da gravidez, enquanto o embrião ou feto encontra-se em formação.

Para que isso não ocorra, tanto o princípio da dignidade humana como o princípio da não-maleficência devem ser observados. A dignidade da pessoa humana, contudo, é um conceito aberto, o que possibilita sua utilização tanto pelos defensores como pelos opositores de tal prática. A intervenção médica, por meio da biotecnologia deve visar ao bem do outro (beneficência) e não o seu mal, impossibilitando-lhe existir. Assim, médicos e genitores devem se abster de realizar práticas que neguem ao portador de transtorno mental esse direito. Ademais, no Brasil, o aborto eugênico ainda não é regulamentado e, se o for, provavelmente contemplará apenas os casos em que se comprove a “inviabilidade da vida extra-uterina do feto”, o que exclui o portador de transtorno mental, que pode e deve levar uma vida “normal” como qualquer outra pessoa. Mas, se se partir da noção de “grave anomalia”, para autorizar o aborto eugênico, a interpretação da expressão pode gerar outra resposta para o problema.

Mas quem tem legitimidade para proteger o direito à vida do nascituro, caso seus genitores desejem promover um aborto eugênico em razão do seu agravo mental? O art. 1.779 do NCC prevê que o juiz nomeie um curador para o nascituro, em razão do conflito de interesses que se instala entre ele e seus genitores, pois o Ministério Público, que pode figurar, de acordo com o art. 1.770 do NCC, como curador direto e indireto dos já nascidos não é o curador “natural” do nascituro.

[...] pode-se observar que tanto no art. 1.779 do CC, quanto no parágrafo único do art. 878, do CPC não está prevista a curatela da VIDA do nascituro, e menos ainda não se previu a curatela quando é a gestante que quer extraí-lo, para que não nasça com vida. (RESTIFFE NETO, 2005, p. 867).

O exercício da autonomia da vontade dos responsáveis pelo asseguramento do direito do nascituro portador de transtorno mental é limitado pela obrigatoriedade da observância do seu **direito à integridade física e psíquica**, de acordo com os princípios bioéticos da beneficência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça.

Esses direitos são garantidos desde a concepção e, por isso, Maria Helena Diniz (2002, p. 160) defende que o asseguramento do direito do nascituro se desenvolver física e psicologicamente saudável exige que sua genitora se abstenha de fazer uso de drogas lícitas - medicamentos ou álcool - e ilícitas - maconha, solventes, cocaína, craque, ecstasy, dentre outras - ou que impeça terceiros de o fazerem, quando seu uso de mostrar prejudicial à integridade física e psíquica do nascituro portador de transtorno mental.

Em sentido contrário à questão posta, mas também dissertando sobre essa questão, Christian de Paul de Barchifontaine (2003, p. 243) aponta outro dilema decorrente do direito de nascer: “existe um direito de não nascer deficiente?” Se sim, esse direito implicaria na obrigação dos genitores não deixarem que essa criança nasça, a fim de assegurar o gozo desse direito de não-nascer.

6.4 Sexualidade e direitos reprodutivos do portador de transtorno mental

A manifestação do desejo sexual e o exercício da sexualidade por parte do portador de transtorno mental ainda é controversa, pois, muitas vezes pode ser interpretada como expressão da própria enfermidade ou, em sentido contrário, pode-se tratar o portador de transtorno mental como uma pessoa assexuada (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003, p. 70). Essa parece ser a conduta mais freqüente, pois dos 102 usuários-respondentes, apenas um deles mencionou “namorar” como uma “atividade de lazer”.

Contudo, se o indivíduo portador de transtorno mental encontra-se internado para tratamento por um período de tempo relativamente longo por 30 dias, por

exemplo, quer em hospital geral, quer em hospital psiquiátrico, quer em HCTP, deve-se lhe assegurar o direito ao exercício da sua sexualidade, se casado for ou tiver um(a) convivente, um(a) namorado(a), por exemplo, possibilitando-lhe condições - garantindo um espaço reservado, com privacidade para tal - para receber “visitas íntimas”, durante a internação.

Por outro lado, esse direito ao exercício da sexualidade pode gerar conseqüências jurídicas para o estabelecimento, caso o outro parceiro também se encontre ali internado e da relação sexual advenha uma doença sexualmente transmissível ou uma gravidez, pois o estabelecimento de saúde mental, seja público ou privado é responsável pela integridade física e psíquica daqueles que se encontram sob a sua responsabilidade ou custódia, no caso do Estado, enquanto ali se encontrarem.

Diretamente ligado à temática da sexualidade está o direito de gerar descendentes. O portador de transtornos mentais tem o direito de se reproduzir. Esse direito é assegurado constitucionalmente, no art. 226, § 7º da CF/88, que garante ao casal a “livre decisão” acerca do planejamento familiar, “[...] competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, **vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas**” (grifos nossos).

A esterilização eugênica desse grupo foi praticada e recomendada por especialistas e tem por finalidade impedir a transmissão dos genes relacionados aos transtornos mentais, tal como efetuado por Hitler, durante a Segunda Guerra Mundial ou como ocorria no Brasil, em nome da profilaxia mental preconizada pelo Decreto n. 24.559/1934 e consiste numa violação aos direitos reprodutivos dos portadores de transtornos mentais, sancionada penalmente, em conformidade com o disposto no art. 129 do CP, posto caracterizar a prática de lesão corporal gravíssima (DINIZ, 2002a, p. 144-7).

6.5 Direito à educação do portador de transtorno mental como instrumento garantidor da sua autonomia individual e social

Assim como a saúde a educação é um direito social assegurado a todos e, por conseguinte, ao portador de transtorno mental (art. 205 da CF/88).

Os portadores de retardado mental, que consiste em um tipo de transtorno mental têm seu direito à educação contemplado, também, no art. 208, III da CF/88, que dispõe sobre o dever do Estado efetivar a educação dos portadores de deficiência física ou psíquica - necessidades especiais -, assegurando-lhes acesso à educação, preferencialmente na rede regular de ensino.

A presença de portadores de transtornos mentais no ensino regular, seja ele fundamental, médio ou superior gera transformações no modo de pensar e agir das pessoas que entram em contato com eles - o diferente, o outro -, transformando valores e *praxis* educativas. A escola, os professores, os colegas, a rotina acadêmica devem estar preparadas e serem receptivas - por meio de todos os seus integrantes - à inclusão do portador de transtornos mentais, sob pena de, em não o fazendo, promoverem o inverso: a exclusão.

Para Elcie F. Salzano Masini (2003, p. 2), a inclusão escolar prevista nas normas pátrias consiste em valorizar o diferente, absorvendo o que cada indivíduo pode oferecer:

Inclusão, do verbo incluir (do latim *includere*), no seu sentido etimológico, significa conter em, compreender, fazer parte de, ou participar de. Assim, falar em inclusão escolar é falar do educando que se sente contido na escola, ao participar daquilo que o sistema educacional oferece, contribuindo com seu potencial para os projetos e programações da instituição.

Se, entretanto, o portador de transtorno mental, em especial a criança ou o adolescente portador de transtorno mental, requerer, para sua formação escolar, uma atenção educacional especializada, que não seja oferecida por meio do ensino regular, deverá recebê-la por meio de educação especial.

Contemplando o disposto no anteriormente mencionado dispositivo constitucional, bem como pretendendo promover a igualdade material, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) - Lei 9.394/96 - nos seus arts. 58 a 60 dispõe sobre a educação especial.

A educação especial, consoante o Ministério da Educação e do Desporto - MEC -, caracteriza-se por ser um

[...] processo de desenvolvimento global das potencialidades de pessoas portadoras de deficiências [de transtornos mentais], condutas típicas ou de altas habilidades, que abrange os diferentes níveis e graus de ensino. (*apud* PASTORI, 2003, p. 24, grifos da autora).

No art. 58 da LDB reafirma-se o compromisso estatal estabelecido no já mencionado art. 208, III da CF/88, de se promover a integração do portador de necessidades especiais (do portador de transtorno mental) no ambiente escolar, preferencialmente na rede regular de ensino, oferecendo para tal, se necessário for, serviços de apoio especializado (§ 1º do art. 58 da Lei 9394/96; art. 239, § 2º da Constituição do Estado de São Paulo; Resolução n. 95/2000, da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo). Eis o fundamento legal da inclusão social do portador de necessidades especiais (do portador de transtornos mentais) através da educação, o qual poderá ser efetuado já a partir do primeiro ano de vida da criança, através da educação infantil.

Tal posicionamento adotado pela LDB - oferta de educação especial a partir do primeiro ano de vida da criança - encontra-se em consonância com os parâmetros propostos na Declaração de Salamanca, aprovada pela ONU em 1994, no seu item 51, onde se afirma e recomenda que:

O sucesso de escolas inclusivas depende em muito da identificação precoce, avaliação e estimulação de crianças pré-escolares com necessidades especiais. Assistência infantil e programas educacionais para crianças até a idade de 6 anos deveriam ser desenvolvidos e/ou reorientados no sentido de promover o desenvolvimento físico, intelectual e social e a prontidão para a escolarização. Tais programas possuem um grande valor econômico para o indivíduo, a família e a sociedade na prevenção do agravamento de condições que inabilitam a criança. Programas neste nível deveriam reconhecer o princípio da inclusão e ser desenvolvidos de uma maneira abrangente, através da combinação de atividades pré-escolares e saúde infantil.

O art. 59 da LDB refere-se às condições de oferta de educação especial, destacando a necessidade de assegurar aos PNEs e aos portadores de transtorno mental, quando necessário, a adaptação dos currículos, métodos, técnicas educacionais, o asseguramento da terminalidade específica, da capacitação dos docentes que estabelecerão com os PNEs uma relação de ensino-aprendizagem,

em todos os níveis em ensino, da educação especial para o trabalho e o acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares.

O art. 60 da LDB versa sobre o apoio do Estado às instituições que ofereçam, em caráter de exclusividade, a educação especial e seu parágrafo único dispõe sobre a ampliação do atendimento, na rede pública regular de ensino, aos educandos PNEs e portadores de transtorno mental.

Complementando o disposto no anteriormente referido art. 208, III e nos arts. 58 a 60 da atual LDB foi editada em 05 de março de 2004 a lei n. 10.845, que estabelece o programa de complementação ao atendimento educacional especializado aos portadores de necessidades especiais (e portadores de transtorno mental), o PAED. Referido programa tem dois objetivos precípuos, dispostos no art. 1º, I e II da lei n. 10845/2004, *in verbis*:

[...]

I- garantir a universalização do atendimento especializado de educandos portadores de deficiência cuja situação não permita a integração em classes comuns de ensino regular;

II – garantir, progressivamente, a inserção dos educandos portadores de deficiência nas classes comuns de ensino regular.

Dentro dessa perspectiva de aquisição de autonomia e, por conseguinte, de cidadania, verifica-se que os usuários-respondentes encontram inseridos ou excluídos no sistema de ensino brasileiro de acordo com o exposto no gráfico 2:

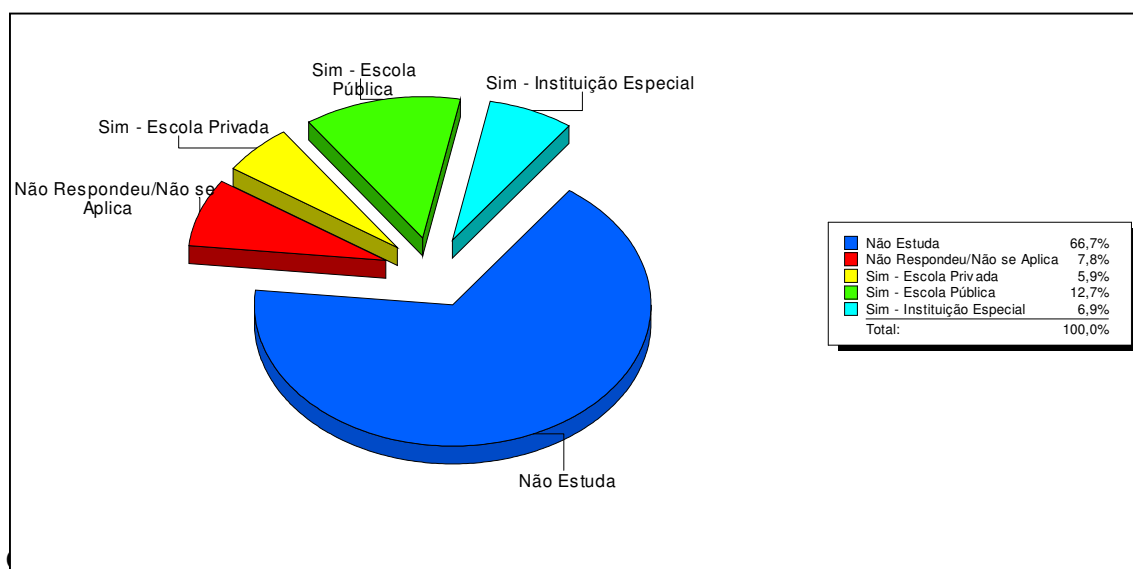


Gráfico 2- Portadores de transtorno mental inseridos no sistema brasileiro de ensino

Fonte: Elaboração da autora

Apenas 26 (25,25%) usuários-respondentes estão freqüentando os bancos escolares. Esse número é baixo, o que pode gerar implicações na habilitação ou na reabilitação psicossocial dessas pessoas.

Aliado ao baixo número de usuários-respondentes que estão inseridos no sistema de ensino, tem-se o nível de escolaridade apresentado por esses indivíduos, de acordo com o exposto na tabela 21.

Tabela 21- Nível de Escolaridade dos Portadores de Transtornos Mentais

<i>Escolaridade</i>	<i>Número de Pessoas</i>	<i>Percentual (%)</i>
Ensino fundamental	44	42,72
Ensino médio	24	23,30
Ensino superior	4	3,88
Não respondeu/não se aplica	30	29,13

Fonte: elaboração da autora

O número de indivíduos que estudam e o baixo nível de escolaridade que a maioria deles apresenta, gera reflexos diretos na sua habilitação ou reabilitação psicossocial, sobretudo na profissional, pois quanto menor a escolaridade, menores as chances de inserção no mercado formal de trabalho e menores são os salários. A educação, ao lado do trabalho, outro direito social, pode ser um poderoso instrumento de habilitação ou de reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental e o Ministério da Saúde deve em conjunto com o Ministério da Educação estabelecer políticas públicas intersetoriais voltadas para essa população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução do presente trabalho, direcionado para uma compreensão das políticas públicas em saúde mental no Brasil na perspectiva do Biodireito, apresentou-se como objetivo principal da pesquisa identificar a racionalidade que pauta a propositura e a implementação dessas políticas públicas, sob a égide da lei n. 10.216/2001.

No contexto da análise aqui desenvolvida, é possível, agora, afirmar que essa racionalidade, inicialmente localizada nos domínios da ética (conhecimento prudencial) passa para o campo científico da compreensão do fenômeno da loucura, compreensão essa que transita hoje entre os enfoques da mera operacionalidade (conhecimento dogmático) e da investigação crítica (conhecimento zetético).

Em vista disso, merecem destaque as seguintes considerações:

1 No Brasil, até a segunda metade do século XIX, a loucura apresenta-se como objeto primordial da religião e de suas práticas assistenciais. O primeiro instrumento jurídico construído com vistas a realizar esse controle, foi o Código Criminal do Império. Nessa norma jurídica o louco é classificado como inimputável, ou seja, alguém a quem não se pode atribuir uma punição - pena - por faltar-lhe “o livre movimento da razão” para escolher entre o ato lícito ou o ilícito. De acordo com esse diploma legal, a determinação ou não da inimputabilidade do indivíduo, em razão da sua doença - a loucura - ficava sob a responsabilidade do magistrado - representante do Estado - e não do médico - representante da ciência.

2 A partir do Segundo Império, a loucura ultrapassa esse universo assistencialista e se insere numa proposta ampla de higienização das cidades brasileiras, nomeado “medicalização da sociedade”. Com essa medicalização social, o louco passa a ser objeto de um saber específico, recém-constituído - a psiquiatria - e é confinado a um espaço que esta ciência lhe reserva - o hospício. Essa medida atende, entretanto, uma exigência política e não médico-científica: a inserção do Estado brasileiro na rota internacional político-comercial. Para isso, uma das estratégias adotadas pelos governantes da época foi o controle do comportamento populacional como um todo e dos degenerados em particular. O processo de institucionalização e medicalização da loucura ganha fôlego com a edificação, na capital, do Hospício Dom Pedro II, em 1852. Além da finalidade sócio-política já mencionada, o isolamento do louco funda-

se na concepção médico-científica de que o objeto da investigação deve ser estudado sem interferências do meio (sociedade) e, de que a cura da moléstia dar-se-ia na medida em que o doente se afastasse daquilo que a causa: o comportamento desregrado, as paixões (tratamento moral). Desde o início desse processo de medicalização da sociedade brasileira a distinção entre prudência - saber jurídico - e ciência - saber médico fica atenuada, na medida em que o direito, como a medicina, adquire o estatuto de ciência - ciência humana - passando, então a loucura a ser definida e controlada por ambos os saberes científicos.

3 Até o advento da República, a classe médica é desprovida de autonomia para exercer suas atividades profissionais e científicas, estando subordinada aos dirigentes religiosos, o que gerava muita insatisfação por parte desses profissionais. As reivindicações dos especialistas são acolhidas pelo governo republicano, que fortalece a recém-constituída medicina psiquiátrica e transfere para as mãos dos seus profissionais a administração do Hospício Dom Pedro II. Esse fortalecimento se faz perceber, por exemplo, no Código Penal de 1890, que reconhece diferentes modalidades de doenças mentais e estabelece que a (in)imputabilidade deve ser determinada pelo critério psicológico, qual seja, a influência da patologia no agir do indivíduo, no momento do crime. É um reflexo da sistematização do saber psiquiátrico brasileiro, ilustrado, sobretudo, pelas pesquisas de Nina Rodrigues.

4 Outra importante demanda dessa categoria é atendida quando é editada a primeira norma jurídica brasileira voltada especificamente para a assistência ao alienado mental - o decreto n. 896/1892. Nesse decreto legitima-se o monopólio da loucura pela psiquiatria, atribuindo-se a direção da assistência e a determinação dos tratamentos voltados para o doente mental, aos médicos. Entretanto a direção dos estabelecimentos ainda é reservada aos religiosos. Nesse decreto ampliam-se as modalidades de serviços psiquiátricos: as colônias agrícolas onde os doentes desenvolvem atividades laborais, aliam-se ao hospício. Ambos são, contudo, modalidades de assistência que mantêm o louco excluído do convívio social e lhe confere um estatuto de minoridade social, atestado pelo médico, que passa a ser essencial não apenas no hospício, mas passa a ter um papel fundamental na família, nas instituições e em toda a sociedade. É a limitação da autonomia e da subjetividade do louco efetuada pela psiquiatria com o auxílio do direito. Minas Gerais e São Paulo acompanhando as inovações médico-científicas da época, já contavam com hospícios e colônias.

5 O disciplinamento médico-jurídico do louco sofre suas primeiras transformações por intermédio do decreto n. 1.132/1903, a primeira reforma da política de medicalização da loucura. Por intermédio desta norma, idealizada por dois grandes psiquiatras da época - Juliano Moreira e Teixeira Brandão - o Estado passa a ser o único com autorização - conferida pelo saber psiquiátrico - para realizar o seqüestro e asilamento do louco. O mote para tal autorização é a necessidade de se manter a segurança e a ordem pública, cumprindo, desta feita, o Estado Republicano, entendido como Estado-Mínimo, suas funções precípua: reprimir e punir comportamentos desviantes. Diante das novas descobertas em psiquiatria, a loucura passa a ser vista preponderante como uma doença e não mais como desregramento moral. Isso reflete, por exemplo, na proibição de se manter encarcerados em cadeias públicas doentes mentais ao lado de criminosos (art. 10 do decreto n. 1.132/1903). Em virtude dessa nova compreensão acerca da loucura e da criminalidade - ambas são consideradas espécies de anormalidade e, enquanto tal, devem ser medicalizadas - verifica-se a necessidade de se estabelecer um local apropriado para os infratores que têm doença mental: o manicômio judiciário. Com o surgimento do manicômio judiciário - 1919 - tem-se uma nova modalidade de assistência em psiquiatria voltada para um tipo especial de doente mental, o que pratica um crime. Mais uma vez a psiquiatria se alia ao direito e ao Estado para regular os comportamentos dos indivíduos e, em especial, dos doentes mentais. O decreto n. 1.132/1903 dispõe, ainda, sobre a assistência aos doentes mentais, a autorização para a instalação de hospitais psiquiátricos, bem como a fiscalização desses estabelecimentos por parte da União, estabelecendo, ainda, a competência dos estados-membros da federação em matéria de assistência ao doente mental. Estabelece, ainda, acerca dos diferentes profissionais que deveriam atuar nessa assistência. O "pessoal sanitário" restringia-se ao médico e aos enfermeiros. Essa norma prevê sanções a serem impostas contra aqueles que violarem os **direitos dos doentes mentais**.

6 O decreto n. 5.148-A institui a segunda reforma da assistência psiquiátrica brasileira, assim como das concepções científicas que a embasam. Esse texto legal já reflete uma preocupação com a pessoa do doente mental e não mais um cuidado exclusivo com a segurança e a ordem pública. A norma evidencia, também, a distinção entre o doente mental "alienado" e não alienado, denotando uma distinção entre o doente crônico e o agudo, que, em última instância gera reflexos na sua

autonomia ético-jurídica, tal como a sua curatela. As modalidades de assistência psiquiátrica são ampliadas, podendo o doente mental receber tratamento domiciliar, por prazo determinado (máximo de dois meses). Verifica-se, nesse cuidado, um embrião da atenção extra-hospitalar e o reconhecimento de que o cuidado no meio social é importante para a recuperação do doente mental. Há, de acordo com essa norma jurídica, uma exigência de especialização em psiquiatria dos profissionais que prestam assistência em estabelecimentos psiquiátricos, bem como uma ampliação das especialidades médicas na assistência ao doente mental, levando-se em conta, por exemplo, a questão de gênero, na medida em que estabelece a contratação de profissionais do sexo feminino para atender as pacientes.

7 O Código Civil de 1916, por dispor sobre as relações privadas e sobre a pessoa em si e, dentre elas, os incapazes - onde se enquadram “os loucos de todo gênero” - constitui-se num poderoso instrumento para a compreensão do estatuto jurídico conferido ao doente mental, pelo Estado e pela sociedade brasileira. É nessa norma que está disciplinada a sua incapacidade do doente mental, a sua curatela, em última instância: a interdição ao exercício da sua autonomia da vontade, que lhe confere o estatuto de menoridade já mencionado.

8 A década de 30 do século passado marca a formação do Estado de Bem-Estar brasileiro, que demanda do Estado mais do que o asseguramento de direitos individuais - liberdades negativas - uma atuação em prol do cidadão. Esse fazer é requerido pelos direitos sociais, recém-conquistados sobretudo em virtude da mobilização dos trabalhadores. Para que o cidadão tenha saúde, educação, moradia, lazer, o Estado deve propiciar-lhe o acesso a serviços ou assistência, inclusive material. Essa oferta de bens e serviços pelo Estado requer ações e decisões políticas, as denominadas políticas públicas. É nesse contexto que se vislumbram as primeiras políticas públicas propriamente ditas, voltadas para a assistência psiquiátrica, no Brasil.

9 As políticas públicas voltadas para a atenção ao doente mental estão dispostas no decreto n. 24.559/1934, concebido no âmbito do então Ministério da Educação e da Saúde. Esse decreto, que vigeu por mais de seis décadas, consiste na terceira reforma psiquiátrica brasileira e é influenciado pela visão eugênica havida na época da sua edição. A concepção eugênica, como já dito, gera reflexos na assistência psiquiátrica instituindo novas modalidades de serviços, de caráter ambulatorial, serviço de profilaxia mental, hospital-colônia, o que rompe com o monopólio - em

tese - do hospital psiquiátrico. A prevenção da manifestação das doenças mentais passa a ser uma preocupação central nas políticas públicas em saúde mental. Essa prevenção tem um cunho racial, inclusive, na medida em que a psiquiatria nacional propaga que a miscigenação do povo brasileiro é responsável pela manifestação e transmissão genética de doenças mentais. O decreto n. 24.559/1934 traz um esforço multidisciplinar de fiscalizar a assistência em saúde mental no Distrito Federal e nos Estados-membros da Federação. Esse esforço não tem reflexos na assistência psiquiátrica, que se mantém monopolizada pelos psiquiatras. Estabelece-se, pela primeira vez, de modo expresso, a assistência aos menores doentes mentais e aos “toxicômanos e intoxicados habituais”. O Estado avoca para si o monopólio da internação em regime fechado, numa clara analogia com o sistema penitenciário, que gerará a institucionalização de muitos portadores de doença mental. Há a previsão neste decreto de internação voluntária e involuntária, ou seja, contra a vontade do paciente, bem como da participação da família do paciente (assistência homofamiliar) - ou de terceiros - (assistência heterofamiliar) - no tratamento do doente mental. O decreto estabelece, ainda, o desenvolvimento de pesquisas com vistas à prevenção de doenças nervosas e mentais e inova, mais uma vez, ao estabelecer a flexibilização da regra do art. 5º, II do CC, por meio de perícia médica. Dependendo do resultado da investigação psiquiátrica, o doente mental, considerado absolutamente incapaz para a prática de atos civis, pode ser considerado relativamente incapaz.

10 O decreto n. 24.559/1934 traz uma série de mudanças na assistência, que adquire um caráter preventivo, e no tratamento do doente mental, rompendo, com o modelo assistencial anterior e acolhendo novas modalidades assistenciais e terapêuticas em psiquiatria. Contudo, como a efetividade das políticas públicas requer, ao lado da legislação, ações governamentais, como já dito, o que se verificou na prática foi a ineficácia técnica e social da referida legislação, que resultou na transformação do hospital psiquiátrico - modalidade predominante se não exclusiva de assistência psiquiátrica no Brasil até o final da década de oitenta do século passado - em um lugar meramente de exclusão e cronificação, não mais de tratamento. O Estado brasileiro descumpriu seu papel de Estado de Bem-Estar Social, não oferecendo aos doentes mentais - de acordo com as “modernas tendências em psiquiatria e medicina social” - condições dignas de assistência e

tratamento psiquiátrico e, por conseguinte, não lhes deu condições dignas de vida até a década de 80 do século anterior.

11 A mesma eficiência estatal pretendida no âmbito da assistência psiquiátrica - controle da população por intermédio de políticas públicas - foi buscada pelo Estado através do CP de 1940, que adota o critério biopsicológico para determinar a (ir)responsabilidade penal e instituiu uma nova modalidade de sanção: as medidas de segurança para os infratores que apresentam, na época do delito, doença mental ou para aqueles cuja doença mental se manifesta durante o cumprimento da pena. A medida de segurança é sanção, baseada na periculosidade do agente, mas não constitui uma pena, só aplicável ao penalmente responsável. O CP prevê diferentes modalidades de estabelecimentos em que a medida de segurança poderia ser cumprida. Cada modalidade de estabelecimento - manicômio judiciário, casa de custódia e tratamento, colônia agrícola - bem como o *quantum* fixado para a duração da medida de segurança, baseia-se na gravidade do delito praticado e não na gravidade da doença mental apresentada pelo indivíduo que praticou o delito, ou seja, o critério utilizado para o "tratamento" é jurídico-legal e não técnico-científico. Na prática, o Estado também foi omissivo e poucos foram os tipos de estabelecimentos efetivamente instalados.

12 As três reformas da atenção psiquiátrica ao doente mental intentadas no pelo Estado brasileiro, aliadas às políticas voltadas para a segurança pública, que também se voltam para um tipo específico de doente mental, o infrator, guardam uma semelhança: a liberdade de locomoção e a autonomia do doente mental permanecem confiscadas ao longo de quase cento e cinquenta anos. Esse panorama começa a sofrer mutações no século XX, notadamente a partir da década de 80. A preocupação com a doença passa a ser substituída pela promoção, manutenção e recuperação da saúde, de acordo com as normas internacionais propostas pela ONU, desde a sua criação, em 1948, e demais organismos internacionais voltados para os direitos humanos. Novas modalidades de atenção em saúde mental, tal como proposto pela psiquiatria comunitária, começam a ser experimentadas no país. Os profissionais da saúde mental começam a se organizar contra o *status quo* da saúde pública brasileira e as más condições de trabalho e atendimento à população. Essas reivindicações e transformações que visam a atender demandas específicas da saúde e, mais especificamente, da saúde mental, ocorrem num contexto sócio-ideológico maior: a redemocratização do país. Esse

processo de redemocratização e lutas é ilustrado pelo teor da CF/88, denominada “Constituição Cidadã”.

13 As reivindicações dos profissionais da saúde mental, familiares e usuários fizeram nascer o projeto de lei n. 3.657-A/1989, que foi completamente reformulado, ao longo dos quase doze anos em que tramitou no Congresso Nacional, diante da intensa reação que causou, sobretudo entre os prestadores de serviços em saúde mental e a comunidade científica. Apesar da sua descaracterização, o referido projeto de lei tem o grande mérito de ter promovido um intenso debate entre todos os envolvidos na prestação de assistência e tratamento em saúde mental, notadamente Estado, profissionais da saúde mental, usuários, familiares, comunidade técnico-científica e prestadores de serviços. Esse debate possibilitou, antes mesmo da promulgação da lei n. 10.216/2001, uma ampla reformulação das práticas e da assistência em saúde mental, o que já dá à lei n. 10.216/2001 o estatuto de socialmente eficaz, ou seja, essa norma, antes mesmo de existir, enquanto instrumento técnico-legislativo, já passou a ser observada pelos seus destinatários.

14 A promulgação da lei n. 10.216/2001 alça os portadores de transtornos mentais, juridicamente, à categoria de “novos sujeitos de direito”. Essa expressão é utilizada para denominar grupos de pessoas que, como os portadores de transtornos mentais, ao longo da história, sofrem um processo de exclusão “crônica” e, por isso, eram desprovidos de cidadania. Essas categorias de indivíduos social, econômica e politicamente marginalizados, por sua vez, organizaram-se dando ensejo aos referidos Novos Movimentos Sociais (NMSs). No caso da saúde mental e dos portadores de transtornos mentais brasileiros, esses novos movimentos sociais são representados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, pela Luta Antimanicomial, pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, pelo Movimento Sanitário os quais, após duas décadas protagonizando uma intensa luta e mobilização junto à sociedade civil e ao Estado, conseguem a legalização das suas reivindicações, o reconhecimento jurídico dos seus direitos, a aquisição da cidadania (OLIVEIRA JÚNIOR, 2000; SANTOS, 1997; WOLKMER, 2003). Os portadores de transtornos mentais apresentam-se como sujeitos de direito na medida em que alcançam autonomia ético-jurídica. São sujeitos de direitos na medida em que exercem seus direitos, sua cidadania e à proporção em que participam da própria construção dessa cidadania - por meio das Conferências Nacionais, por intermédio da composição de

comissões - associações de usuários - e até mesmo da construção e implantação das diretrizes da própria lei n. 10.216/2001 e das tomadas de decisões para os novos rumos das políticas públicas. Desta forma fortalecem sua **identidade e sua autonomia individual e de grupo**.

15 O reconhecimento jurídico dos interesses dos “novos sujeitos de direito”, dentre os quais se destacam os portadores de transtornos mentais, denomina-se “novos direitos”. A diferença desses novos direitos em relação a outros direitos é o modo como são adquiridos: por meio de mobilização social e não através de uma concessão estatal. O Poder Público irá reconhecer e não conceder esses direitos. A defesa dos direitos difusos ou transindividuais dos portadores de transtorno mental é uma das competências do Ministério Público. A lei n. 10.216/2001 e a portaria GM n. 2.391/2002 preveem a atuação do Ministério Público, no tocante à fiscalização das internações e desinternações involuntárias de portadores de transtorno mental. O Ministério Público dos Estados de Minas Gerais e São Paulo demonstram a importância atribuída à temática da saúde mental e dos direitos difusos ou transindividuais dos portadores de transtorno mental, bem como o comprometimento institucional com a defesa desses direitos, na medida em que criam Grupos de Trabalho e de Atuação especializados em saúde mental e na defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental.

16 As políticas públicas em saúde mental, cujas diretrizes estão previstas na lei n. 10.216/2001 atendem, na sua quase integralidade, às normas internacionais e às diretrizes da OMS, expressas no Relatório Mundial da Saúde de 2001: *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*, ao assegurar, exemplificativamente, o direito à igualdade e à não-discriminação do portador de transtorno mental, o seu direito à informação, ao acesso aos serviços de assistência em saúde mental e ao atendimento extra-hospitalar, preferencialmente, bem com a sua reabilitação psicossocial. Falta-lhe, entretanto: a) prever políticas públicas voltadas para a atenção a grupos específicos como mulheres em situação de violência e idosos; b) possibilitar a capacitação dos profissionais que atuam na assistência em saúde mental, por intermédio de convênios com instituições de ensino superior e concessão de bolsas de estudos, deve ser outra estratégia a ser contemplada pelas ações governamentais nesse setor; d) desenvolver políticas públicas intersetoriais voltadas para os portadores de transtornos mentais infratores e para a educação dos portadores de transtorno mental; e) prever a inclusão de advogados nas equipes de

saúde mental dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico; f) o desenvolvimento de campanhas educativas, voltada para toda a população, a serem amplamente veiculadas nos meios de comunicação de massa; g) propor a reformulação da legislação brasileira infra-constitucional, naquilo que disciplina acerca da saúde mental e dos direitos dos portadores de transtornos mentais, notadamente o CP, no que tange à medida de segurança e a CLT, em relação à despedida por justa causa do alcoolista por “embriaguez habitual ou em serviço”; h) prever sanções para os infratores dos dispositivos legais da lei n. 10.216/2001.

17 Desde a década de 90, o governo federal vem, paulatinamente, implementando a substituição do modelo tradicional de atenção em saúde mental, calcado no hospital e na psiquiatria e se vai instituindo a legitimação social desse novo modelo e, sobretudo, do portador de transtorno mental como sujeito de direito, assegurada pela via ético-jurídica. Por isso, diante de todo o exposto, verifica-se que, embora os critérios de racionalidade que permeiam as atuais políticas públicas em saúde mental possam se pautar na eficiência do Estado, seu fim é a ética, ou seja, a já mencionada construção, consolidação e a valorização do portador de transtorno mental como um sujeito autônomo de direito.

18 Para pautar seu agir, quer em nome da eficiência, quer em nome da ética, o Estado brasileiro, desde o século XIX, se apropria de dois saberes científicos e os conjuga: o médico e o jurídico. Contudo, essa apropriação mostra-se insuficiente para acolher o portador de transtorno mental, enquanto um sujeito autônomo de direitos, razão pela qual o Estado busca outro critério de racionalidade para fundamentar sua atuação. Para fazê-lo recorre, uma vez mais, à ética, desta feita, à ética pública dando ensejo, a mais uma dicotomia: operação - biodireito - e investigação - bioética.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, Elias. Avaliação de risco. *In*: TABORDA, José G. V.; CHALUB, Miguel; ABDALLA-FILHO, Elias. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Segunda parte. cap. 11. p. 161-74.

À LA FOLIE pas du tout. Direção: Laetitia Colombani. França: TF1 vídeo, 2002. 1 DVD (92 min.). color.

ALCÂNTARA, Lúcio. Financiamento, ética e legislação em saúde mental. Disponível em: <www.senado.gov.br/web/se...>. Acesso em: 11 jan. 2004.

ALENCAR, Paulo Sérgio da Silva. Aos loucos, o Hospício. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da Loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série Cadernos Centro Cultural da Saúde). p. 20.

ALMEIDA JÚNIOR, A. F. de. **Preleções de Medicina Legal**. São Paulo: Faculdade de Direito de São Paulo, 1941.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANDRADE, José Carlos Vieira de. O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais. *In*: CARVALHO, Álvaro de *et. al.* **A lei de saúde mental e o internamento compulsivo**. Coimbra: Coimbra, 2000.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Medicina, leis e moral**: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930). São Paulo: UNESP, 1999.

ARIÈS, Philippe; DUBY, Georges (Coords.). **História da Vida Privada**: da Primeira Guerra aos nossos dias. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. v. 5. p. 327-9.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômacos**. 2. ed. Brasília: Edunb, 1992.

ARRUDA, José Jobson de A.; PILETTI, Nelson. **Toda a história**: história geral e história do Brasil. 6. ed. São Paulo: Ática, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Referências**: elaboração. NBR 6023. Rio de Janeiro, 2002c.

_____. **Numeração progressiva das seções de um documento**: NBR 6024. Rio de Janeiro, 1989.

_____. **Sumário**: NBR 6027. Rio de Janeiro, 1989c.

_____. **Resumo**: apresentação. NBR 6028. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS . **Citações em documentos:** apresentação. NBR 10520. Rio de Janeiro, 2002b.

_____. **Abreviação na descrição bibliográfica:** NBR 10522. Rio de Janeiro, 1988.

_____. **Trabalhos acadêmicos:** apresentação. NBR 14724. Rio de Janeiro, 2002a.

_____. **Trabalhos acadêmicos:** apresentação. NBR 14724. Rio de Janeiro, 2005.

ATIENZA, Manuel. **As razões do Direito: teorias da argumentação jurídica.** São Paulo: Landy, 2002.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Nascer ou não com graves deficiências congênitas: algumas interpelações bioéticas. *In:* GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Orgs.). **Bioética: poder e injustiça.** São Paulo: Loyola, 2003. cap. 22. p. 243-54.

BARRETO, Tobias. **Menores e loucos em Direito Criminal.** Brasília: Senado Federal, 2003. (Coleção História do Direito Brasileiro, Direito Penal, 2).

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de Direito Constitucional.** 18. ed. ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 1997.

BELLINO, Francesco. **Fundamentos da bioética:** aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru, SP: EDUSC, 1997.

BEVILAQUA, Clovis. **Direito da Família.** 7. ed. aum. Rio de Janeiro/São Paulo: Freitas Bastos, 1943.

_____. **Teoria Geral do Direito Civil.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

_____. **Código Civil dos Estados Unidos do Brasil.** Rio de Janeiro: Rio, 1975b.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política.** 11. ed. Brasília: Editora UnB, 1998. v. 1.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional.** 17. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

BRANDÃO, Carlos da Fonseca. **LDB passo a passo.** São Paulo: Avercamp, 2003.

BRASIL. Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934. **Diário do Congresso Nacional.** Brasília, 27 jun. 1990a. Seção I. p. 7877-7882.

_____. Projeto de lei n. 3.657-A, de 1989. **Diário do Congresso Nacional.** Brasília, 27 jun. 1990b. Seção I. p. 7877.

_____. Projeto de lei n. 3.657-B, de 1989. **Diário do Congresso Nacional.** Brasília, 15 dez. 1990. Seção I. p. 14479.

BRASIL. Projeto de lei da Câmara n. 08, de 1991. **Diário do Congresso Nacional**. Brasília, 19 fev. 1991. Seção II. p. 207-211.

_____. Parecer n. 896, de 1995. **Diário do Senado Federal**. Brasília, 13 dez. 1995. p. 05507-05518.

_____. Projeto de lei da Câmara n. 08, de 1991. **Diário do Senado Federal**. Brasília, 24 fev 1996. p. 02140-02142.

_____. Projeto de lei n. 3.657-C, de 1989. **Diário da Câmara dos Deputados**. Brasília, 20 abr. 1999. p. 16712-16716.

_____. Ministério da Saúde. Conceito de saúde mental. Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/legislacao/saude_mental.html#>. Acesso em: 28 fev. 2006.

BRUNETTA, Cíntia Menezes. O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 59-72, maio 2005.

CAMPANHOLE, Adriano; CAMPANHOLE, Hilton Lobo. **Constituições do Brasil**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

CARVALHO SANTOS, José Maria de. **Código Civil Brasileiro Interpretado**. 4. ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1950. v. 1.

CARRARA, Sérgio. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. (Saúde & Sociedade).

CESARINO JÚNIOR, Antônio Ferreira. **Direito Social Brasileiro**. 2. ed. ampl. e atual., com remissões à Consolidação das Leis do Trabalho (Projeto). São Paulo: Martins, 1943. v. 1.

CEZAR, Edgard Pinto. Assistência aos doentes mentais no Estado de São Paulo. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 62-9, jun. 1943.

CHEVALIER, Jean; GHEERBRANT, Alain. **Dicionário de Símbolos**. 8. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994. p. 15.

CICERONE. **Le tusculane**. a Cura di Adolfo Di Virginio. Milano: Oscar Mondadori, 2001. (Classici Greci e Latini, 95). p. V-XXI; p. 198-209; p. 314-7.

CINTRA JÚNIOR, Dyrceu Aguiar Dias. Direito e sofrimento mental. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 30, p. 87-93, ago. 2000.

_____. Direito e Saúde Mental. **Revista de Direitos Difusos**. São Paulo, ano IV, v. 19, p. 2545-52, maio/jun. 2003.

COHEN, Cláudio. Medida de Segurança. *In*: COHEN, Cláudio; SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho (Orgs.). **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo:

Editora da Universidade de São Paulo, 1996. (Coleção Faculdade de Medicina da USP, 3). cap. 8. p. 77-83.

COMER, Ronald J. **Psicologia do comportamento especial**. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

COMÉRCIO dá morte em Barbacena. **Diário de Minas**, Belo Horizonte, ano XXII n. 6.571, 18 jun. 1971.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, III, 2001, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

CORRÊA, Alexandre Augusto de Castro. História do Direito Nacional desde a Antigüidade até o Código Civil de 1916. *In*: BITTAR, Eduardo C. B. (Org.). **História do Direito Brasileiro**. São Paulo: Atlas, 2003. parte II. cap. 6. p. 77-87.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Cidadelas da ordem**: a doença mental na República. São Paulo: Brasiliense, 1990. (Coleção Tudo é história, 128).

DANTAS, Audálio; FREITAS, Carlos de. Nossos desamados irmãos loucos. **Cruzeiro**, São Paulo, 30 mar. 1963.

DINIZ, Maria Helena. **Dicionário Jurídico**. São Paulo: Saraiva, 1998. 4v.

_____. **O estado atual do biodireito**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002a.

_____. **Código Civil Anotado**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2002b.

_____. Código Civil de 1916. *In*: BITTAR, Eduardo C. B. (Org.). **História do Direito Brasileiro**. São Paulo: Atlas, 2003. parte II. cap. 13. p. 209-222.

DO FUNDO do poço às luzes do dia. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 abr. 1977.

DUARTE JÚNIOR, João Francisco. **A política da loucura**: a antipsiquiatria. 3. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1987. (Coleção Krisis).

ENGELHARDT JUNIOR, H. Tristram. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Loyola, 1998.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. *In*: PRIORE, Mary Del (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2004. p. 322-361.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

FEIJÓ, Adriana Maria de Vasconcelos; TENÓRIO, Dalva Vanderlei. Sistema Único de Saúde e Manicômio Judiciário. Disponível em: <www.conamp.org.br/eventos/...>. Acesso em: 01 jan. 2004.

FERRAZ JÚNIOR, Tercio Sampaio. **Liberdade e Direito**. São Paulo: PUC/SP, 1996. Comunicação Oral.

_____. **Estudos de Filosofia do Direito**. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Introdução ao estudo do Direito**: técnica, decisão, dominação. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. A relação entre dogmática jurídica e pesquisa. *In*: NOBRE, Marcos *et. al.* São Paulo: Quartier Latin, 2005. Cap. 2. p. 73-9.

FERREIRA, Flávio; INÁCIO, José; MACIEL, Edgar. Loucos rastejam como répteis no hospital colônia de Barbacena. **Diário da Tarde**, Belo Horizonte, ano XXVIII, n. 19775, 15 abr. 1961.

FERREIRA, Gina. De volta para casa: prática de reabilitação com pacientes crônicos em saúde mental. *In*: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. Parte 2. Cap. 2. p. 80-8.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **História da loucura**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1991. (Estudos, 61).

FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. **O que é loucura**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Coleção Primeiros Passos, 73).

FRANCO, Ary Azevedo. **Código de Processo Penal**. 6. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Forense, 1956. v. 1.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. **Evolução do Ministério da Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 1955.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS – CPDOC. A Constituição de 1934. Disponível em: <http://www.cpdoc.fgv.br/nav_historia/htm/anos30-37/ev_constituicao_1934.htm>. acesso em: 17 jan. 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Guia de fontes e catálogo de acervos e instituições para pesquisas em saúde mental e assistência psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: LAPS, 2004.

GARCIA, Basileu. **Instituições de Direito Penal**. São Paulo: Max Limonad, 1954. v. 1. t.1.

GARCIA, Maria. **Limites da ciência**: a dignidade da pessoa humana. A ética da responsabilidade. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

GARRAFA, Volnei; COSTA, Sérgio Ibiapina F. (Orgs.). **A bioética no século XXI**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

GARRAFA, Volnei. Reflexões sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. *In*: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Orgs.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2003. cap. 4. p. 49-69.

GEORGAKILAS, Ritinha Alzira Stevenson. Isonomia e Igualdade Material na Constituição Brasileira. **Revista de Direito Constitucional e Ciência Política**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 299-311, jul. 1984.

GILISSEN, John. **Introdução Histórica ao Direito**. 3. ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2001.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOMES, Hélio. **Medicina Legal**. 10. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Freitas Bastos, 1968.

GRACIA, Diego. **Bioética clínica**. Bogotá: El búho, 1998. (Ética y vida: estudios de bioética, 2).

_____. **Ética de los confines de la vida**. Bogotá: El búho, 1998. (Ética y vida: estudios de bioética, 3).

_____. **Profesión médica, investigación y justicia sanitaria**. Bogotá: El búho, 1998. (Ética y vida: estudios de bioética, 4).

_____. **Fundamentación y enseñanza de la bioética**. 2. ed. Bogotá: El búho, 2000. (Ética y vida: estudios de bioética, 1).

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. *In*: PANDOLFI, Dulce. **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. cap. 5. p. 73-93.

_____. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde em debate no Estado Novo. *In*: GOMES, Ângela de Castro. **Capanema**: o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000. p. 173-93.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

HOOFT, Pedro Frederico. Bioética e direito? Ou Bioética e Biodireito? Biodireito: uma crítica ao neologismo. GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Orgs.). **Bioética**: poder e injustiça. São Paulo: Loyola, 2003. parte VII. cap. 43. p. 499-508.

HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène. **Dicionário de bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1998.

HUFFMAN, Karen; VERNON, Mark; VERNON, Judith. **Psicologia**. São Paulo: Atlas, 2003.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 1955. v. 1. t. 2.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Forense, 1955. v. 3.

LACERDA, Jarbas. Passaporte para o inferno. **Edição Extra**, São Paulo, n. 5, 07 jul. 1962.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos**: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

LATAS, António João; VIEIRA, Fernando. **Notas e comentários à Lei de Saúde Mental**. Coimbra: Coimbra, 2004.

LAZARUS, Arnold A.; COLMAN, Andrew M. (Comp.). **Psicología anormal**. México: Fondo de Cultura Económica, 1998. (Breviarios, 530).

LEVORIN, Marco Pólo. Direitos humanos e medida de segurança. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, v. 12, n. 141, p. 6-7, ago. 2004.

LOBO, Ana Lúcia Mandacarú. O conceito de “diferente” no processo de inclusão e sua relação com os diversos segmentos sociais. **Psicopedagogia**, São Paulo, v. 20, n. 61, p. 72-5, 2003.

LONGO, Paulino W.; ARRUDA, Joy; FIGUEIREDO, J. Armbrust. Lobotomia transorbitária: resultados obtidos em 54 pacientes tratados em hospital privado. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 273-84, dez. 1956.

LOPES, José Leme. O problema da herança em Psiquiatria. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 68-77, mar. 1945.

LOPES, Miguel Maria de Serpa. **Curso de Direito Civil**: introdução e parte geral. Rio de Janeiro/São Paulo: Freitas Bastos, 1953. v. 1.

MACHADO DE ASSIS, J. M. **O alienista**. 28. ed. São Paulo: Ática, 1997. (Série Bom Livro).

MACHADO, Roberto. Política e Hospital Psiquiátrico. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da Loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série Cadernos Centro Cultural da Saúde). p. 17-19.

MASINI, Elcie F. Salzano. Psicopedagogia & Inclusão: o papel do profissional e da escola. **Psicopedagogia**, São Paulo, v. 20, n. 61, p. 2-6, 2003.

MAZZILLI, Hugo Nigro. O Ministério Público e a pessoa portadora de deficiência. *In*: REIS, Selma Negrão Pereira dos. **Questões de Direito Civil e o Novo Código**. São Paulo: Ministério Público. Procuradoria Geral da Justiça, 2004. p. 337-60.

MEDEIROS, Tácito. Psiquiatria e nordeste: um olhar sobre a história. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 3, jul./set. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000300010&1...>. acesso em: 15 jan. 2006.

MENDES, Gilmar. Portadores de deficiência grave e obrigatoriedade do voto: necessidade de adoção do “pensamento do possível”. *In*: VELLOSO, Carlos Mário da Silva; ROSAS, Roberto; AMARAL, Antônio Carlos Rodrigues do (Coords.). **Princípios Constitucionais Fundamentais**. São Paulo: Lex, 2005. p. 547-57.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. (Série D. Reuniões e Conferências, 5).

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série CNS Cadernos Técnicos). (Série A Normas e Manuais Técnicos, 133).

_____. **Relatório Final do Seminário Nacional para a reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da Loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série Cadernos Centro Cultural da Saúde).

_____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série E. Legislação de Saúde).

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Execução Penal**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MIRANDA, Pontes de. **Tratado de Direito Privado**. 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1983. v. 1.

MUCHAIL, Salma Tannus. Foucault: uma introdução. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 3, p. 127-40, 1980.

OLIVEIRA JÚNIOR, José Alcebíades de. **Teoria Jurídica e novos direitos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

OLIVEIRA, Edmar de. As classes sociais da corte e o Hospício de Pedro II. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos

Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da Loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série Cadernos Centro Cultural da Saúde).

OLIVEIRA, Marcus Vinícius de. Intervenção. *In*: SEMINÁRIO HÁ BANALIZAÇÃO NOS ATOS DE INTERDIÇÃO JUDICIAL NO BRASIL, 2005. Brasília: Câmara dos Deputados, 2005. (Notas Taquigráficas). Disponível em: <www2.camara.gov.br/comissoes/cdhm/notastaq/nt20102005>. Acesso em: 18 fev. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**: CID10. 9. ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2003. v.1.

_____. **Relatório Mundial da Saúde**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução n. 46. A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental. 1991. Disponível em: <http://www.interlegis.gov.br/processo_legislativo/copy_of_20020319150524/20030623133227/20030623132705/view>. Acesso em: 7 maio 2005.

OS HOSPITAIS sempre ficam lotados. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 21 jan. 1973.

PALOMBO, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PASTORI, Fábica Cristina Hildebrand. Educação Especial no Brasil: legislação. **Revista de Direito**, Campinas, SP, v. VII, n. 9, p. 24-8, out. 2003.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 27 jan. 2006.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

_____. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

PICCININI, Walmor. O ano de 1963 e a psiquiatria brasileira. *Psychiatry on line Brazil*, São Paulo, n. 8. dez. 2003. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal1203.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2006.

_____. Apontamentos históricos sobre a Psiquiatria Forense no Brasil. *In*:

TABORDA, José G. V.; CHALUB, Miguel; ABDALLA FILHO, Elias. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 2. p. 31-41.

PIERANGELI, José Henrique. **Códigos Penais do Brasil: evolução histórica**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

PINTO, Céli Regina Jardim. Foucault e as Constituições Brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, ano 24, n. 2, p. 33-57, jul./dez. 1999.

PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da Psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. (Coleção Loucura & Civilização, 4).

RAGGIO, Alejandro. La violencia de la tecnica y la tecnica de la violencia: notas acerca de la dimension etica de nuestras practicas. **Saúde e loucura**, São Paulo, n. 5, p. 51-8, 1997.

REIS, Selma Negrão Pereira dos. Entrevista sobre a atuação do Ministério Público de acordo com a lei n. 10.216/2001. São Paulo, 02 dez. 2003.

_____. Saúde mental e a atuação do Ministério Público: notas sobre a inclusão das pessoas portadoras de transtorno mental e a defesa dos seus direitos. *In*: REIS, Selma Negrão Pereira dos (Coord.). **Questões de Direito Civil e o Novo Código**. São Paulo: Ministério Público, 2004. p. 438-77.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. cap. I. p. 15-73.

RESTIFFE NETO, Paulo. A inviolabilidade do direito à vida: o direito de nascer. *In*: VELLOSO, Carlos Mário da Silva; ROSAS, Roberto; AMARAL, Antônio Carlos Rodrigues do (Coords.). **Princípios Constitucionais Fundamentais**. São Paulo: Lex, 2005. p. 863-71.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte & Ciência, 1999. (Coleção Universidade Aberta, 41).

RODRIGUES, Nina. **O alienado no Direito Civil Brasileiro**. Rio de Janeiro: Guanabara Waissman Koogan, [19--]. (Biblioteca de cultura científica).

ROTTERDAM, Erasmo. **Elogio da loucura**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997. (Coleção Clássicos Filosofia).

RUEDA, Laura; SOTOMAYOR, María A. Biética y discapacidad psiquiátrica: aspectos clínicos y jurídicos. In: SOROKIN, Patricia (Coord.). **Bioética**: entre utopías y desarraigados. Buenos Aires: Ad-hoc, 2002. p. 321-30.

SANT'ANNA, Lucas de Moraes Cassiano; MESTRINER, Melissa Terni. Políticas Públicas. In: ARNAUD, André-Jean; JUNQUEIRA, Eliane Botelho (Orgs.). **Dicionário da globalização**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006. p. 347-50.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **O equilíbrio do pêndulo**: a bioética e a lei: implicações médico-legais. São Paulo: Ícone, 1998.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite (Org.). **Biodireito**: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

SÃO PAULO (Estado). Tribunal de Justiça. Loucura – Observação no Hospício – Diligência. São Paulo, 03 de novembro de 1913. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, ano II, v. VIII, n. 01, p. 23-4, 02 dez. 1913.

_____. Tribunal de Justiça. Estudo sobre a simulação – Prévio Processo de interdição, como preliminar para a mãe constituir procurador – Aplicação da derimente do art. 27, paragrapho 4º, do Código Penal - Entrega do demente á sua curadora; intelligencia do art. 29 do Código – Recurso ex-officio e confirmação da Camara criminal, São Paulo, 20 de agosto de 1914. **Revista dos Tribunaes**, São Paulo, ano V, V. XX, fasc. n. 108, p. 41-3, 02 dez. 1916.

_____. Tribunal de Justiça. Responsabilidade criminal. Débil mental. Accusado possuidor de boa memória. Absolvição. Applicaçãõ do artigo 27, § 4º, do Código Penal. **Revista dos Tribunaes**, São Paulo, ano XXV, V. CIV, fasc. n. 438, p. 55-8, nov. 1936.

_____. Tribunal de Justiça. Absolvição. Dirimente do artigo 27, § 4º, do Código Penal. Internamento do accusado em manicômio judiciário. Quando não se justifica. **Revista dos Tribunaes**, São Paulo, ano XXV, V. CIV, fasc. n. 438, p. 59, nov. 1936.

_____. Ministério Público. Relação de clínicas e hospitais públicos e particulares que realizam internações de pessoas portadoras de transtornos mentais. Disponível em: <http://www.mp.sp.gov.br/caocivel/internacoes/entidades-enderecos/Transtornos%20...>. Acesso em: 22 out. 2004.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-8.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil: 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE APLICAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA LEI 10.216 DIREITO À SAÚDE MENTAL; CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, III, 2001, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

SEMINÁRIO NACIONAL PARA A REORIENTAÇÃO DOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO, set. 2002, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Justiça/Ministério da Saúde, 2002.

SERPA LOPES, Miguel Maria de. **Curso de Direito Civil**: introdução e parte geral. Rio de Janeiro/São Paulo: Freitas Bastos, 1953. V. I.

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética**. São Paulo: Loyola, 1996. 2 v.

SILVA, Valmir Adamor da. **A história da loucura**: em busca da saúde mental. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1979.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 16. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 1999.

SILVEIRA, Aníbal. Aplicação da genética humana à higiene mental: revisão de 300 matrículas do Centro de Saúde de Santana. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 117-35, jun. 1956.

SOARES, André Marcelo M.; PIÑEIRO, Walter Esteves. **Bioética e Biodireito**: uma introdução. São Paulo: Loyola ; Rio de Janeiro: São Camilo, 2002. (Coleção Gestão em Saúde, 1).

SOUSA, Cynthia Pereira de. Saúde, educação e trabalho de crianças e jovens: a política social de Getúlio Vargas. *In*: GOMES, Ângela de Castro. **Capanema**: o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000. p. 221-49.

TABORDA, José G. V.; CHALUB, Miguel; ABDALLA FILHO, Elias. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TEIXEIRA, Francisco Dias. Medida de Segurança: interdição ou prisão civil? **Boletim dos Procuradores da República**, Brasil, ano 1, n. 8, p. 7-9, dez. 1998.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TOSTES MALTA, Chistovão Piragibe; LEFÈVRE, Júlia Brotero. **Dicionário Jurídico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Trabalhistas, 1987.

TRINDADE, Jorge. **Manual de Psicologia Jurídica para operadores do Direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

UCHÔA, Darcy de Mendonça; TOLEDO, Luiz Pinto de. O crime no período prodrômico da esquizofrenia. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 45-72, mar. 1944.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 883-900, set./dez. 2003.

VIEHWEG, Theodor. **Tópica y filosofía del derecho**. 2. ed. Barcelona: Gedisa, 1997.

YASUI, Silvio. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, UNESP, Assis, SP, 1999.

WOLKMER, Antonio Carlos. Introdução aos fundamentos de uma teoria geral dos “novos” direitos. *In*: WOLKMER, Antonio Carlos; LEITE, José Rubens Morato (Orgs.). **Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2003. Cap. 1. p. 1-30.

APÊNDICE A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC/SP**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - PUCSP**

Programa de Pós Graduação em Direito da PUC/SP

Orientadora: Profa. Dra. Livre Docente Maria Celeste Cordeiro dos Santos

Pesquisadora: Luciana Barbosa Musse

Protocolo nº: 063/2005

Parecer sobre a Tese de Doutorado *O “novo” modelo de saúde mental no Brasil sob a perspectiva do Biodireito: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo*

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados, foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Assim, o parecer do comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 28 de junho de 2005.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCSP

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO DE SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO

Esclarecimento

O presente questionário é parte de uma pesquisa de pós-graduação em Direito, que tem como objetivo verificar a aplicação da Lei n. 10216/2001, que dispõe sobre os Direitos dos Portadores de Transtornos Mentais e sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, no Brasil.

Para saber se a mencionada lei está sendo cumprida ou não, precisamos conhecer a visão dos usuários dos serviços de saúde e saúde mental.

Caso sinta-se suficientemente informado sobre o teor desta pesquisa e concorde em participar dela (ou o responsável), pedimos que o preenchimento deste questionário seja considerado uma autorização, consentida e informada para a sua participação (por favor, preencha, também, o termo de consentimento, anexo).

A pesquisadora, desde já, agradece a sua participação.

Instruções

NÃO há necessidade de se identificar (colocar nome, endereço, telefone).

Podem ser marcadas mais de uma opção, quando achar necessário.

Quando escolher a opção “outros”, por favor esclareça o que seria esse “outros”.

Se o usuário estiver impossibilitado de responder as questões, um familiar ou responsável poderá respondê-las, em seu nome, caso conheça sua história de vida.

1-) Sexo: () Masculino () Feminino

2-) Idade: _____

3-) Estuda? () Sim () Não

4-) Se estuda, freqüenta:

() Escola Pública () Escola Privada () Escola Especial

5-) Qual é a série e o grau de escolaridade em que se encontra?

() Ensino Fundamental - Série: _____

() Ensino Médio - Série: _____

() Ensino Superior - Curso: _____ ano: _____

6-) Trabalha: () Sim () Não

7-) Se trabalha, que atividade desempenha? _____

8-) É aposentado ou pensionista do INSS? () Sim () Não

9-) É interditado judicialmente? () Sim () Não

10-) Nas horas de lazer, incluindo finais de semana, feriados, férias realiza alguma(s) da(s) atividade(s) abaixo relacionada(s)?

- () visita parentes
- () visita amigos
- () viaja
- () pratica atividade física
- () pratica atividade manual
- () frequenta alguma Igreja/Templo/Centro
- () frequenta bar
- () participa de festas
- () outros: _____

11-) Já sofreu alguma discriminação quanto à

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------|--------------------|
| () raça | () cor | () sexo |
| () orientação sexual | () religião | () opção política |
| () nacionalidade | () idade | () família |
| () classe social | () tipo de transtorno mental | () outros: _____ |

12-) Se sim, esta discriminação foi sofrida

- | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| () na rua | () no trabalho | () na escola |
| () na família | () no ato da internação | () durante a internação |
| () outros: _____ | | |

13-) Encontra-se internado ou realizando tratamento? () Sim () Não

14-) Se sim, o tratamento está sendo realizado em:

Instituição:

- () Pública
- () Privada

15-) Tipo de Instituição:

- () Hospital Geral
- () Hospital Psiquiátrico
- () Clínica Psiquiátrica
- () Clínica de Drogadependentes
- () Hospital Escola
- () Centro de Atenção Psicossocial - CAPS
- () Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS
- () Manicômio Judiciário - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- () outra: _____

16-) Estado em que se localiza a Instituição:() Minas Gerais () São Paulo

17-) Esta internação ou tratamento foi:

- voluntária, ou seja, aquela que se dá com o consentimento do usuário
 involuntária, ou seja, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro
 compulsória, ou seja, aquela determinada pela Justiça

18-) Se a internação foi voluntária, assinou uma declaração em que informa estar escolhendo essa internação como regime de tratamento? Sim Não

19-) Ao buscar o atendimento,

- foi atendido rapidamente demorou para ser atendido
 foi encaminhado para outra Instituição não foi atendido

20-) Qual foi o motivo da internação ou tratamento:

- alcoolismo anorexia nervosa ansiedade
 autismo bulimia nervosa dependência química
 depressão esquizofrenia fobia
 transtorno bipolar (psicose maníaco-depressiva) transtorno do pânico
 transtorno obsessivo compulsivo personalidade paranóica
 transtorno de personalidade (psicopatia/sociopatia)
 outros: _____

21-) Faz uso contínuo de medicação? Sim Não

22-) Se faz uso de medicação, qual é o remédio utilizado? _____

23-) Antes de iniciar o tratamento, o médico ou alguém da equipe explicou como seria esse tratamento?

- Sim Não

24-) Se sim, concordou com o tratamento proposto pelo médico ou pela equipe?

- Sim Não

25-) Já foi internado antes? Sim Não

26-) Se já foi internado antes, quantas vezes o foi? _____

27-) Enquanto esteve internado:

- foi informado sobre os seus direitos
 foi bem tratado por todos os integrantes da equipe
 foi bem tratado por alguns integrantes da equipe
 sofreu algum tipo de violência física? Qual(is)? _____
 sofreu tortura/ "pressão" psicológica
 sofreu abuso sexual
 outros: _____

28-) Em que idade apresentou os primeiros sintomas? _____

29-) Durante a internação teve direito a acompanhante?

Sim Não Não quis

30-) Durante a internação é permitido ao usuário (paciente) receber visitas?

Sim Não

31-) Se a visita é permitida, ela pode ser feita:

a qualquer hora 1 vez por dia, em horário estabelecido pela Instituição

1 vez por semana 1 vez a cada 15 dias

1 vez por mês outro: _____

32-) Durante a internação recebeu:

atenção médica

atenção da enfermagem

atenção psicológica

atenção da assistência social

atenção terapêutica-ocupacional

atenção nutricional

outras: _____

33-) Durante o tratamento, foi convidado a utilizar novos tipos de medicamentos ou a experimentar novas técnicas de tratamento? Sim Não

34-) Se sim, concordou em utilizar novos tipos de medicamentos ou a experimentar novas técnicas de tratamento? Sim Não

35-) Após ter recebido alta, continuou freqüentando a Instituição? Sim Não

36-) Se não está mais freqüentando a Instituição, continua o tratamento prescrito pela equipe de saúde mental?

Sim Não

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL – USUÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL – USUÁRIO

_____ (nome completo), _____ (nacionalidade), _____ (estado civil), portador(a) do RG n. _____, filho de _____ e de _____, neste ato representada(o) por _____ (nome completo), _____ (nacionalidade), _____ (estado civil), _____ (profissão/cargo), portador da cédula de Identidade n. _____, _____ (órgão expedidor) e inscrito no CPF/MF sob o n. _____, residente e domiciliada(o) na rua/av. _____, n. _____, bairro _____, na cidade de _____, _____ (estado), Brasil, **DECLARA** para os devidos fins que **CONCORDA EM PARTICIPAR DE PESQUISA SOBRE “O NOVO MODELO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL SOB A PERSPECTIVA DO BIODIREITO: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo”, respondendo questionário que tem por objetivo verificar como está sendo efetuada a aplicação da lei n. 10216/2001 e AUTORIZA** Luciana Barbosa Musse, XXX (nacionalidade), XXX (estado civil), XXX (profissão), portadora da Carteira de Identidade n. XXX, SSP/XX e inscrita no CPF/MF sob o n. XXX, residente e domiciliada na av./rua XXX, bairro XXX, XXX (cidade), XX (estado), CEP: XXX, a divulgar os resultados da referida pesquisa, através de sua tese, a ser defendida através do Programa de Pós-Graduação em Direito, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e publicações científicas (periódicos especializados e livros técnicos), sendo certo que houve o esclarecimento prévio acerca do teor da referida pesquisa, bem como da não divulgação, através da referida pesquisa da minha identidade, em conformidade com o disposto na Constituição Federal de 1988, na Lei n. 10216/2001 e demais disposições legais, que visam proteger a dignidade da pessoa, sua privacidade e imagem.

_____ (local), ____ / ____ / ____.

Assinatura

APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO PARA MEMBRO DE EQUIPE DE SAUDE OU SAÚDE MENTAL

QUESTIONÁRIO PARA MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE OU SAÚDE MENTAL

Esclarecimento

O presente questionário é parte de uma pesquisa de pós-graduação em Direito, que tem como objetivo verificar a aplicação da Lei n. 10216/2001, que dispõe sobre os Direitos dos Portadores de Transtornos Mentais e sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, no Brasil.

Para saber se a mencionada lei está sendo cumprida ou não, precisamos conhecer a visão dos trabalhadores em serviços de saúde e saúde mental.

Caso sinta-se suficientemente informado sobre o teor desta pesquisa e concorde em participar dela, pedimos que o preenchimento deste questionário seja considerado uma autorização, consentida e informada para a sua participação (por favor, preencha, também, o termo de consentimento, anexo).

A pesquisadora, desde já, agradece a sua participação.

Instruções

NÃO há necessidade de se identificar (colocar nome, endereço, telefone).

Podem ser marcadas mais de uma opção, quando achar necessário.

Quando escolher a opção “outros”, por favor esclareça o que seria esse “outros”.

1-) Sexo: () Masculino () Feminino

2-) Idade: _____

3-) Função:

() Médica(o) - Especialidade: _____

() Enfermeira(o)

() Assistente Social

() Terapeuta Ocupacional

() Nutricionista

() Fonoaudióloga(o)

() Outros: _____

4-) Trabalha na Instituição desde: _____

5-) Instituição:

() Pública

() Privada

6-) Tipo de Instituição:

- Hospital Geral
 Hospital Psiquiátrico
 Clínica Psiquiátrica
 Clínica de Drogadependentes
 Hospital Escola
 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS
 Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS
 Manicômio Judiciário - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
 outra: _____

7-) Estado em que se localiza a Instituição: Minas Gerais São Paulo

8-) A Instituição conta com (em números):

_____ médicos _____ enfermeiros _____ psicólogos
 _____ assistentes sociais _____ terapeuta ocupacional _____ nutricionista
 _____ fonoaudióloga(o) _____ Sala de Fisioterapia/terapia ocupacional
 _____ pátio/área livre _____ oficinas _____ leitos psiquiátricos

9-) Nos últimos anos (a partir de 2001) houve:

- um aumento no número de leitos psiquiátricos
 uma diminuição no número de leitos psiquiátricos
 o número de leitos psiquiátricos manteve-se
 não sabe

10-) A instituição recebe verbas:

- da União do Estado
 do Município Organizações Não Governamentais (ONGs)
 outros: _____

11-) São realizadas reuniões com os membros da equipe para discutir os casos?

- Sim Não

12-) Se são realizadas reuniões, qual é a periodicidade das mesmas?

- 1 vez por semana 1 vez a cada 15 dias
 1 vez por mês Quando há casos de maior complexidade, que requerem maior atenção da equipe

13-) Quais são as causas mais freqüentes de internação ou tratamento, na Instituição:

- alcoolismo anorexia nervosa ansiedade
 autismo bulimia nervosa dependência química
 depressão esquizofrenia fobia
 transtorno bipolar (psicose maníaco-depressiva) transtorno do pânico
 transtorno obsessivo compulsivo
 personalidade paranóica
 transtorno de personalidade (psicopatia/sociopatia)
 outros: _____

14-) A Instituição aceita internações psiquiátricas

- voluntárias, ou seja, aquela que se dá com o consentimento do usuário
 involuntárias, ou seja, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro
 compulsórias, ou seja, aquela determinada pela Justiça

15-) Se a Instituição aceita internações involuntárias, há um procedimento padrão adotado para admitir este usuário?

- Sim Não

16-) Se há um procedimento padrão, descreva-o.

17-) Existe um **período máximo** de permanência do paciente internado, dentro da mesma Instituição?

- Sim Não

18-) Se sim, qual é esse prazo máximo? _____

19-) Havendo internação involuntária, o Ministério Público, na figura do Promotor de Justiça é informado sobre a internação? Sim Não

20-) Se o Ministério Público é informado, que membro da equipe é responsável por transmitir essa informação? _____

21-) Se o Ministério Público é informado, ele o é quanto tempo depois da entrada do usuário, no serviço? _____

22-) Como é decidido o tratamento a ser ministrado no usuário portador de transtornos mentais ou dependente químico?

23-) O usuário portador de transtorno mental ou dependente químico tem direito a acompanhante, no período da internação? () Sim () Não

24-) Durante a internação é permitido ao usuário (paciente) receber visitas?
() Sim () Não

25-) Se a visita é permitida, ela pode ser feita:

- () a qualquer hora () 1 vez por dia, em horário estabelecido pela Instituição
() 1 vez por semana () 1 vez a cada 15 dias
() 1 vez por mês () outro: _____

26-) Qual é o **período médio** de duração de uma internação ou tratamento?

27-) Após a alta do usuário portador de transtornos mentais, é feito um acompanhamento do quadro clínico deste ?
() Sim () Não

28-) Durante a internação ou tratamento, a família do portador de transtorno mental ou dependente químico recebe suporte/atendimento da equipe de saúde mental?
() Sim () Não

29-) Se a família recebe suporte por parte da equipe de saúde mental, como o trabalho é desenvolvido?

30-) Qual é o procedimento utilizado pela equipe de saúde mental, quando há evasão, acidente, transferência, intercorrência clínica grave ou falecimento do paciente?

31-) A Instituição realiza pesquisas científicas em saúde mental? () Sim () Não

32-) Se sim, os pacientes participam dessas pesquisas ou de outras pesquisas como sujeitos? () Sim () Não

33-) Se os pacientes participam como sujeitos de pesquisas científicas qual é o procedimento adotado para que haja a referida participação?

APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL - EQUIPE DE SAÚDE (MENTAL)

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL – EQUIPE DE SAÚDE (MENTAL)

_____ (nome completo), _____ (nacionalidade),
 _____ (estado civil), _____ (profissão/cargo),
 portador(a) do RG n. _____, inscrita(o) no CPF/MF sob o n. _____,
 residente e domiciliada(o) na rua/av. _____,
 n. _____, bairro _____, na cidade de _____,
 _____ (estado), Brasil, **DECLARA** para os devidos fins que **CONCORDA EM PARTICIPAR DE PESQUISA SOBRE “O NOVO MODELO DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL SOB A PERSPECTIVA DO BIODIREITO: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo”**, respondendo questionário que tem por objetivo verificar como está sendo efetuada a aplicação da lei n. 10216/2001 e **AUTORIZA** Luciana Barbosa Musse, XXX (nacionalidade), XXX (estado civil), XXX (profissão), portadora da Carteira de Identidade n. XXX, SSP/XX e inscrita no CPF/MF sob o n. XXX, residente e domiciliada na av./rua XXX, bairro XXX, XXX (cidade), XX (estado), CEP: XXX, a divulgar os resultados da referida pesquisa, através de sua tese, a ser defendida através do Programa de Pós-Graduação em Direito, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e publicações científicas (periódicos especializados e livros técnicos), sendo certo que houve o esclarecimento prévio acerca do teor da referida pesquisa, bem como da não divulgação, através da referida pesquisa da minha identidade, em conformidade com o disposto na Constituição Federal de 1988, na Lei n. 10216/2001 e demais disposições legais, que visam proteger a dignidade da pessoa, sua privacidade e imagem.

_____ (local), ____/____/____.

 Assinatura

APÊNDICE F- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA SOBRE SAÚDE MENTAL

_____ (nome da Instituição) - _____ (sigla da Instituição), inscrita no CNPJ sob o n. _____, sediada na rua/av. _____, n. _____, bairro _____, na cidade de _____, _____ (estado), Brasil, neste ato representada por _____ (nome completo), _____ (nacionalidade), _____ (estado civil), _____ (profissão/cargo), portador da cédula de Identidade n. _____, _____ (órgão expedidor) e inscrito no CPF/MF sob o n. _____, **AUTORIZA** Luciana Barbosa Musse, XXX (nacionalidade), XXX (estado civil), XXX (profissão), portadora da Carteira de Identidade n. XXX, SSP/XX e inscrita no CPF/MF sob o n. XXX, residente e domiciliada na av./rua XXX, bairro XXX, XXX (cidade), XX (estado), CEP: XXX, a realizar pesquisa em saúde mental, intitulada "O novo modelo de saúde mental no Brasil sob a perspectiva do Biodireito: a experiência dos estados de Minas Gerais e São Paulo", nas nossas dependências, através da aplicação de questionários, a serem respondidos por membros da equipe de saúde e portadores de transtornos mentais e/ou dependentes químicos ou seus responsáveis legais, bem como a divulgar os resultados da referida pesquisa, através de sua tese, a ser defendida através do Programa de Pós-Graduação em Direito, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e publicações científicas (periódicos especializados e livros técnicos), sendo certo que houve o esclarecimento prévio acerca da não divulgação, através da referida pesquisa, do nome da Instituição ou da identificação dos participantes da pesquisa, em conformidade com o disposto na Constituição Federal de 1988, na Lei n. 10216/2001 e demais disposições legais, que visam proteger a dignidade da pessoa, sua privacidade e imagem.

_____ (local), _____ / _____ / _____.

Nome por extenso da Instituição

Assinatura do responsável legal

APÊNDICE G- ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

ENTREVISTA REALIZADA NO DIA 02 DE DEZEMBRO DE 2003, COM A PROCURADORA DE JUSTIÇA RESPONSÁVEL PELA COORDENAÇÃO DO CAOCÍVEL E DO GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A LEI N. 10.216/2001 DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

DRA. SELMA NEGRÃO PEREIRA DOS REIS

1) Como está sendo realizada a implantação do banco de dados sobre a Saúde Mental (Internações Involuntárias) do Ministério Público do Estado de São Paulo? Quem participa, qual o número de pessoas envolvidas, área de atuação profissional – ou só membros do MP? Como está sendo a implantação?

Resposta

Com a Lei n. 10.216/01 que prevê a remessa obrigatória ao MP de informações sobre a internação involuntária de pessoas portadoras de transtorno psiquiátrico, e para atender solicitações de vários colegas, o CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA CÍVEIS, DE ACIDENTES DO TRABALHO, DO IDOSO E DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, conhecido como CAOCÍVEL, e sob minha Coordenação, deu início a estudos sobre a melhor forma de atuação pelo MP nessa área, por meio do Protocolado n. 29/2001 ainda em andamento.

O disposto nos incisos do art. 295 e no § 2º do art. 296 da Lei n. 734/93, Lei Orgânica do Ministério Público revelou-se insuficiente para fixar a atribuição e a política institucional do MP de São Paulo na área de Saúde Mental, mais especificamente, nos casos de internação involuntária.

A intenção do legislador, necessariamente, não é a intenção da lei, e o que se percebe é que a Lei n. 10.216/01 não é a mais adequada, mormente para uma população como a do Estado de São Paulo que já ultrapassou a cifra de trinta e três milhões de pessoas, das quais, pelo menos dez milhões encontram-se na Capital.

Embora o Ministério Público do Estado de São Paulo tenha em seus quadros mais de um mil e setecentos Promotores e Procuradores de Justiça, sempre seremos insuficientes para dar um atendimento adequado aos nossos cidadãos.

Iniciados, como já referimos acima, alguns estudos tanto pelo CAOCÍVEL, como, isoladamente, por vários colegas que externaram sua preocupação, em 23 de abril de 2002, considerando, também, que a eficácia da atuação institucional no cumprimento efetivo de sua atribuição na defesa das pessoas portadoras de transtornos mentais, especialmente no que pertine à internação involuntária, estava a exigir a participação conjunta e integrada dos membros da instituição, o Excelentíssimo Procurador-Geral de Justiça, Dr. LUIZ ANTONIO GUIMARÃES MARREY, por meio do ATO n. 28/2002 criou, no âmbito do Gabinete da Procuradoria-Geral de Justiça e sob a coordenação do Centro de Apoio (CAOCÍVEL), *O Grupo de Trabalho para Análise e Apresentação de Proposta de Política Institucional para atuação do Ministério Público na aplicação da Lei n. 10.216/2001.*

O Grupo de Trabalho é integrado por membros do Ministério Público, designados pelo Procurador-Geral de Justiça, sem prejuízo de suas atribuições normais e sem importar no recebimento de qualquer remuneração ou gratificação.

Convidados para, sob minha coordenação, na qualidade de Coordenadora do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cíveis, de Acidentes do

trabalho, do Idoso e da Pessoa Portadora de Deficiência, integrarem o grupo que acabara de ser criado, aceitaram integrá-lo, sem qualquer hesitação, o Procurador de Justiça, então Coordenador do Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude, Dr. JOSÉ LUIZ ALICKE e os Promotores de Justiça, Dra. ANA LUIZA SCHMIDT LOURENÇO RODRIGUES, Dr. OTÁVIO JOSÉ CALLEJÃO, Dr. SÉRGIO TURRA SOBRANE, Dr. JOÃO ESTEVAM DA SILVA, Dr. JOÃO LUIZ MARCONDES JÚNIOR, Dr. JÚLIO CÉSAR BOTELHO, estes últimos, representando, respectivamente, as Promotorias de Justiça de Família e Sucessões, as Promotorias de Justiça Cíveis, as Promotorias de Justiça da Cidadania, o Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI), o Grupo de Atuação Especial da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor (GAESP) e o Grupo de Atuação Especial de Proteção à Pessoa Portadora de Deficiência (PRÓ-PPD).

Posteriormente, a fim de dar atendimento às comunicações de internações involuntárias que passaram a ser encaminhadas ao Ministério Público, os já referidos Promotores de Justiça foram designados para officiar, sem prejuízo de suas atribuições normais e anteriores designações, nos procedimentos de exame de comunicações de internações involuntárias de pessoas portadoras de distúrbios psiquiátricos, aderindo ao grupo, mais um Promotor de Justiça, Dr. ANTONIO CARLOS GASPARINI, à época, também integrante do GAESP.

Os Promotores de Justiça, ante o volume de comunicações, a necessidade de melhor conhecer a situação das pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e que são submetidas a internações involuntárias e de modo a, com eficiência, poder apresentar proposta de fixação de política institucional na área, solicitaram e obtiveram da Procuradoria-Geral de Justiça, por meio do Coordenador do Grupo de Acompanhamento da Informatização do Ministério Público, o Promotor de Justiça, Dr. ROBERTO LIVIANU, a criação de um *software* que permite cadastrar as comunicações de internações involuntárias.

2) Que informações são lançadas neste banco de dados? Com que frequência ele é alimentado? Quem transmite as informações que alimentam o banco de dados? Só o MP ou profissionais da saúde?

Resposta

O programa permite cadastrar as comunicações de internações involuntárias, formando um banco de dados acerca dos hospitais, clínicas psiquiátricas, médicos responsáveis pela internação, diagnósticos, dados pessoais e evolução clínica de cada paciente, além de outros dados considerados relevantes, como data da alta, eventual reinternação, de modo a permitir ampla visão da política de desinstitucionalização de pessoas portadoras de transtorno psiquiátrico.

Considerando que na Capital foram designados vários Promotores de Justiça com especialização em diversas áreas de atuação que apresentam interesse na formação do Banco de Dados deliberou-se que o CENTRO DE APOIO CÍVEL centralizaria o banco de dados da Comarca de São Paulo.

Na Capital o banco de dados é alimentado diariamente (atendendo a remessa de comunicações) por duas funcionárias do Centro de Apoio que possuem senhas de acesso limitadas.

Os Promotores de Justiça da Capital, com designação específica, têm senha com nível de acesso superior e podem ter acesso ao banco de dados de seus próprios gabinetes.

A Coordenadoria do CAOCÍVEL não tem senha para acessar o banco de dados.

Promotores de Justiça de outras áreas de atuação ou de outras Comarcas não têm acesso ao banco de dados.

Profissionais de Saúde ou quaisquer outros profissionais não têm acesso ao banco de dados.

É possível que, em um futuro próximo, alguns pesquisadores venham a ter acesso a alguns dados (desde que não violado o sigilo das informações que permitam identificar as pessoas).

Isto dependerá de se criar um programa extrator que garanta a inviolabilidade de sigilo, dependerá de estudo aprofundado, da criação de uma parceria com o Ministério Público e desde que a pesquisa venha ao encontro do interesse social relevante, ou seja, a defesa intransigente dos direitos individuais indisponíveis das pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos, bem como a defesa dos direitos transindividuais a elas relativos.

Na Capital até dezembro de 2003 apenas dezenove entidades vêm enviando as informações e sabemos que teremos um resultado muito parcial.

É possível, ainda, obter pelo banco de dados o nome do profissional que atendeu o paciente, o respectivo CRM, obrigatoriamente o nome do profissional que procedeu à internação, nome do familiar (ou responsável) que acompanhou a internação involuntária; é possível, também, incluir referência a outras internações do paciente, bem como o nome do Promotor de Justiça que recebeu a comunicação da internação involuntária e o nome do funcionário do Ministério Público que inseriu as informações.

Esse programa ficou sob teste na Capital por aproximadamente cinco meses e só foi liberado em agosto de 2003 para as demais Comarcas, sendo que os Promotores de Justiça a quem incumbir o exame das comunicações não estão obrigados a se valer do banco de dados, nem mesmo de o alimentar.

Enquanto não for definida, por Ato da Procuradoria-Geral de Justiça e dos Órgãos Superiores do Ministério Público a forma de atuação (política) dos Promotores de Justiça, os Promotores de Justiça das Comarcas do Interior não estão obrigados a fazer uso do Sistema.

Entretanto, na medida em que forem recebendo as comunicações de internações involuntárias, tenho certeza de que os membros da instituição perceberão que o banco de dados foi criado e serve para ajudar o Ministério Público a ter uma visão mais clara da situação das pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e do que é possível fazer para garantir-lhes os direitos constitucionais.

Note-se que os Promotores de Justiça das Comarcas do Interior que optarem por fazer uso do sistema também terão senhas de acesso, assim como seus funcionários, mas só poderão acessar o seu próprio banco de dados (de sua Comarca) e nunca o de qualquer outra, muito menos o da Capital.

Claro que em um futuro próximo os dados poderão ser cruzados, desde que garantido o sigilo relativo à pessoa.

3) Existe outra finalidade deste banco de dados, além de auxiliar a atuação dos membros do MP? Se sim, qual é?

Resposta

Por ora, nenhuma outra finalidade, além a de auxiliar a atuação dos membros do MP, e a de permitir a criação de política de atuação do Ministério Público, existe para a criação do banco de dados.

4) Os promotores de justiça, responsáveis pela área de saúde estão recebendo treinamento, realizando grupos de estudos com profissionais da saúde, para atuarem em conformidade com a lei n. 10216/2001?

Resposta

Os Promotores de Justiça designados para atuar no Grupo de Trabalho reúnem-se periodicamente.

Têm contactado profissionais da área da Saúde e já contactaram, recentemente, o NUFOR, do Hospital das Clínicas, que é um núcleo de pesquisas integrado por vários profissionais da área da saúde e social (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais), e que se interessaram em auxiliar o MP de São Paulo.

No que diz respeito às suas respectivas áreas de atuação, os Promotores de Justiça são profissionais com muita experiência e não necessitam de treinamento.

Não se pode pretender que os Promotores de Justiça (a não ser que também seja médico, psicólogo, assistente social – e até temos alguns colegas com formação anterior em áreas das mais diversas) tenham uma visão “médica”.

Porém, o Promotor pode pedir e obter o auxílio de assistente técnico para fazer análise de casos concretos e, nesse sentido, existe a possibilidade de, futuramente, ser fixado um convênio ou uma parceria para tanto.

O que não é possível, ao menos no meu entendimento e no entendimento dos integrantes do Grupo e da maioria dos Promotores que nos contactaram é pretender incluir o Promotor de Justiça em uma Comissão Interdisciplinar de Revisão de Internação Involuntária que deve verificar a correção de uma internação involuntária (Cf. Portaria Ministerial n. 2391/2002 do Ministério da Saúde).

A uma, em razão do fato de que somente por lei podem ser criadas atribuições aos membros do Ministério Público (Portaria Ministerial não é LEI), e tais leis devem ser de origem do Poder Executivo ou de iniciativa do próprio Ministério Público;

A duas, por ser incompatível com o dever de fiscalizar a atuação de um Poder na área de saúde participando de comissão subordinada ao Executivo.

5) Qual é o papel do Grupo instituído pelo ato n. 28/2002 – PGJ, coordenado pela Sra.?

Resposta

O Papel do Grupo de Trabalho sob Coordenação do CAOCÍVEL é aquele fixado no ATO PGJ/MP n. 28, de 23 de abril de 2002 e que foi publicado no DOE. Pode editar assentos, sem caráter vinculativo (basta acessar a página do CAOCÍVEL nessa área), requisitar documentos, elaborar sugestões, acompanhar ações, etc. O mais importante é o de buscar uma atuação harmônica dos Promotores de Justiça em defesa dos direitos individuais indisponíveis e dos direitos transindividuais das pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos.

6) Existe um procedimento padrão, criado pelo Ministério Público, para que seja efetuada a comunicação de Internação Involuntária ou voluntária que tenha se tornado involuntária? E para a comunicação da desinternação?

Resposta

Qualquer documento pode ser enviado para o protocolo geral do Ministério Público. Na Capital, ante a urgência de análise da comunicação da internação involuntária também aceitamos a remessa por fax. De qualquer modo, o documento receberá, sempre, um número de registro no CAOCIVEL, o qual conterá informações básicas (tipo de documento, quem o remeteu, para qual Promotor foi remetido, e seu andamento). Todos os documentos que ingressam no CAO são remetidos ao Coordenador que dá o primeiro despacho, e, no caso das internações involuntárias, o despacho é para cumprimento do que foi deliberado pelos Promotores de Justiça integrantes do Grupo de Trabalho.

Há duas formas de distribuição, no caso das internações involuntárias: uma decorrente de representações de pessoas ou entidades, outra decorrente da comunicação das internações involuntárias. Pouco importa, no caso da Capital, qual dos Promotores de Justiça recebeu a representação ou comunicação, ele sempre a remeterá ao CAOCIVEL para que seja registrada e a seguir redistribuída.

7) Se o período de 72 horas se esgotar em final de semana ou feriado, existe um plantão para que seja efetuada a comunicação? Se não, prorroga-se o prazo para o primeiro dia útil subsequente?

Resposta

Não há um sistema de plantão exclusivo para os casos de internação involuntária. Se o prazo de setenta e duas horas esgotar-se em um final de semana ou feriado prorroga-se para o primeiro dia útil subsequente.

8) A portaria 2.391/2002, do Ministério da Saúde estabelece que o MP comporá uma Comissão Revisora de Internação Involuntária e o assento n. 01, havido no aviso n. 108/2003 da PGJ/SP recomenda a não participação dos membros do MP. Como este impasse tem sido administrado?

Resposta

O Assento n. 1 veiculado pelo Aviso n. 108/2003 da Procuradoria-Geral de Justiça, como os demais Assentos que hoje já somam seis, são elaborados pelo Grupo de Trabalho. NÃO TÊM CARACTER VINCULATIVO. Afinal, o Promotor de Justiça tem a sua atuação vinculada à Constituição Federal e às Leis. Portaria do Ministério da Saúde vincula, evidentemente, os órgãos que a ele estão submetidos hierarquicamente. O Ministério Público, conforme a Constituição Federal assim determina, é Instituição Permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis; seus princípios institucionais reconhecidos pela Constituição são a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional, além da autonomia funcional e administrativa.

A Procuradoria-Geral torna público os Assentos a pedido da Coordenação do Grupo de Trabalho.

Os Assentos sempre são analisados juridicamente por todos os Promotores de Justiça do Grupo.

O Grupo de trabalho ainda não terminou seus estudos e poderá apresentar outra solução ao final.

De todo modo, cabe ao Promotor de Justiça de cada Comarca, consoante a Constituição e as Leis Orgânicas do Ministério Público Federal e do Ministério Público Estadual determinam, definir como irá proceder. É isto que faz de nossa Instituição uma das mais democráticas.

9) Caso não haja a comunicação da internação involuntária, qual é o procedimento adotado pelo MP? Há previsão legal de aplicação de sanção à instituição que não realizar a comunicação? Se sim, qual é?

Resposta

Ao Ministério Público cabe fiscalizar o exato cumprimento da lei. Não significa que deve fiscalizar as entidades ou os profissionais. Tal encargo compete à Vigilância Sanitária, aos Órgãos de Classe.

Em chegando ao conhecimento do Promotor de Justiça de que está sendo praticada ilegalidade (seja após uma visita a uma entidade, seja por meio de representação, quer em razão das informações contidas na comunicação de internação involuntária), incumbe-lhe dar início à investigação criminal e/ou civil, esta última, no âmbito dos direitos individuais e transindividuais indisponíveis.

Na área criminal, por exemplo, pode surgir uma notícia de que alguém está exercendo ilegalmente a medicina, ou que ocorreu cárcere privado. As providências devem ser tomadas para efetivar-se a persecução penal relativamente à pessoa ou pessoas que praticaram a conduta criminosa.

Na área cível, por exemplo, pode-se concluir que houve desvio de finalidade da personalidade jurídica de uma entidade, e, daí, surgem várias hipóteses de atuação decorrentes de uma investigação por inquérito civil, nos termos da lei.

10) Caso o serviço alternativo (CAPS, hospital-dia,...), após receber o paciente em seu serviço, encaminhe o paciente para um hospital geral ou psiquiátrico, quem é o responsável pela comunicação desta internação?

Resposta

Incumbe ao estabelecimento que recebeu o paciente para internação efetuar a comunicação; se o paciente recebeu alta, também deve ser efetuada a comunicação; se o paciente já se encontrava internado (voluntariamente) e sobreveio a determinação de internação involuntária, também deve ser encaminhada a informação.

11) O MP já impetrou Ação Civil Pública em virtude de descumprimento do disposto na lei n. 10216/2001?

Resposta

Até o presente momento não houve nenhuma comunicação de ajuizamento de ação civil pública. Já há inquéritos penais e inquéritos civis instaurados, cada um com seu andamento normal.

Mas, se adotarmos a definição de que toda e qualquer ação instaurada pelo Ministério Público é ação pública, sob este aspecto, há inúmeras ações tramitando (cárcere privado, maus-tratos, exercício ilegal da medicina, além de pedidos de interdição).

12) O MP considera, para fins legais e gozo de direitos (benefícios previdenciários, transporte público gratuito...), os portadores de transtornos mentais como sendo portadores de necessidades especiais?

Resposta

Portador de Necessidades Especiais não é necessariamente Portador de Deficiência. Portador de Necessidades Especiais pode ser até o idoso em situação de risco, ou a pessoa com grave obesidade ou portadora de alguma doença cuja gravidade a coloque em situação de risco.

O certo é que a Pessoa Portadora de Transtorno Psiquiátrico não se confunde com a Portadora de Deficiência.

Mas é claro que podemos pensar que alguns transtornos psiquiátricos, pela sua gravidade, podem determinar que seus portadores venham a necessitar de benefícios previdenciários ou transporte público gratuito.

Por ora, entretanto, temos entendido que as pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos são pessoas que necessitam de tratamento adequado e que incumbe à Administração Pública criar sistemas de amparo social para que possam ser reintegradas na sociedade como forma de garantia de dignidade de pessoas humanas. Se para garantia do exercício da cidadania e respeito à dignidade da pessoa humana chegar-se à conclusão de que se tratam de pessoas portadoras de necessidades especiais, buscaremos a solução mais adequada.

13) Houve modificação no procedimento adotado pelo MP e pela magistratura, para a realização de interdição de portadores de transtornos mentais, em virtude do disposto na lei n. 10216/2001? E em relação à aplicação de medida de segurança para portadores de transtornos mentais acusados e condenados?

Resposta

A Lei n. 10216/01 é recente. O Ministério Público está se estruturando para executar suas tarefas institucionais garantidas constitucionalmente.

Estudos estão sendo realizados e, em breve, estaremos preparando reuniões setorializadas com oficinas de trabalho para firmar estratégias de atuação.

Quanto à Magistratura, não tenho como responder.

Relativamente à medida de segurança para portadores de transtornos mentais acusados e condenados, já há alguns acórdãos fixando prazo para seu cumprimento, desde que o portador de transtorno psiquiátrico fique sob tratamento adequado.

No âmbito do Ministério Público, reitero que os estudos não estão finalizados e que há todo interesse em fixar estratégias de atuação.

14) Estão ocorrendo, no âmbito do MP, discussões, propostas para a realização da adequação da legislação penal, previdenciária, trabalhista e mesmo civil, à lei n. 10216/2001?

Resposta

Ao Grupo de Trabalho incumbe, também, a elaboração de propostas. Mas, alteração de legislação penal, previdenciária, trabalhista e civil independe do Ministério Público. A Procuradoria-Geral de Justiça tem-se mantido atualizada e buscado, como lhe incumbe, tratar dos assuntos de interesse do Ministério Público

(alínea “b”, inciso II, art. 19, Lei n. 734/93, Lei Orgânica do Ministério Público do Estado de São Paulo).

No âmbito da Lei n. 10216/01, até que se complete pelo menos um ano da data de implantação do banco de dados (ao menos o da Capital), não teremos condições de apresentar propostas. Só a prática dos Promotores e Procuradores de Justiça e a atuação conjunta da sociedade organizada é que determinarão quais as maiores necessidades dos portadores de transtornos psiquiátricos.

15) Em se tratando de portador de transtornos mentais, menor de idade, existe um procedimento diferenciado em relação à fiscalização do cumprimento da lei n. 10216/2001? Há o intercâmbio com Conselho Tutelar e demais órgãos que zelam pelos interesses das crianças e adolescentes (mesmo ONGs)?

Resposta

Curiosamente, poucas informações sobre internações involuntárias de crianças ou adolescentes foram encaminhadas ao Ministério Público da Capital. Os casos estão sendo examinados pelos Promotores de Justiça já designados e podem evoluir para uma nova forma de atuação.

16) O MP fiscaliza a aplicação das verbas públicas destinadas à saúde mental?

Resposta

A defesa do patrimônio público incumbe aos Promotores de Justiça da Cidadania (inciso IX do art. 295, Lei n. 734/93, Lei Orgânica do Ministério Público do Estado de São Paulo).

Quanto à destinação das verbas públicas pela Federação (SUS), incumbe ao Ministério Público Federal a fiscalização.

Quanto à correta destinação de verbas públicas decorrentes da Municipalização do SUS cabe ao Ministério Público Estadual fazê-lo, por meio da atuação da Promotoria de Justiça da Cidadania, a qual não está afeta ao CAOCÍVEL, mas ao Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos Constitucionais do Cidadão.

ANEXO A- DECRETO N. 896/1892 E SEU REGULAMENTO**DECRETO N. 896 - DE 29 DE JUNHO DE 1892**

Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistencia Medico-Legal de Alienados.

O Vice-Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil:
Attendendo á conveniencia de consolidar as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistencia Medico-Legal de Alienados:

Resolve que na mesma Assistencia se observe o regulamento que a este acompanha, assignado pelo Ministro de Estado dos Negocios do Interior.

Revogam-se as disposições em contrario.

Capital Federal, 29 de junho de 1892, 4º da Republica.

FLORIANO Peixoto.

Fernando Lobo.

**REGULAMENTO, A QUE SE REFERE O DECRETO N. 896 DESTA DATA, PARA
A ASSISTENCIA MEDICO-LEGAL DE ALIENADOS****CAPITULO I*****DA ASSISTENCIA MEDICO-LEGAL DE ALIENADOS E SEUS FINS***

Art. 1º A Assistencia Medico-Legal de Alienados, constituida com o Hospicio Nacional, as colonial S. Bento e Conde de Mesquita, na ilha do Governador, e os asylos da mesma natureza que forem creados na Capital Federal, tem por fim socorrer, gratuitamente ou mediante retribuição, os individuos de ambos os sexos, sem distincção de nacionalidade, e que, enfermos de alienação mental, carecerem de tratamento.

CAPITULO II***DA DIRECÇÃO GERAL DA ASSISTENCIA E RESPECTIVO PESSOAL***

Art. 2º A direcção geral da Assistencia será confiada a um médico, de competencia provada em estudos psychiatricos, o qual residirá em uma das casas pertencentes ao Hospicio Nacional.

Art. 3º O funcionario a que se refere o artigo antecedente será nomeado por decreto e terá as seguintes attribuições:

1º Superintender em todos os serviços da Assistencia;

2º Propôr ao ministro do interior a nomeação e exoneração dos medicos da Assistencia, do director das colonias, do secretario, do administrador do Hospicio, do contador e escripturarios;

3º Nomear, contractar ou admittir, e dispensar os demais empregados, com excepção daquelles que forem de nomeação de outros funcionarios da Assistencia;

4º Distribuir convenientemente o serviço clinico;

5º Despachar os requerimentos que lhe forem dirigidos para admissão provisória de enfermos pensionistas e para certidões ou attestados;

6º Autorisar a matricula dos enfermos, á vista dos pareceres de que trata o n. 7 do art. 15 deste regulamento;

7º Ordenar a transferencia dos enfermos destinados as colonias;

8º Conceder licença para se ausentarem aos enfermos a quem puder aproveitar a sahida temporaria dos asylos;

9º Autorizar o pagamento das folhas do pessoal e das despezas miudas, e a compra do que fôr necessario á Assistencia;

10. Rubricar e remetter ao Ministerio do Interior, para serem pagas no Thesouro Nacional, as contas de fornecimentos, depois de relacionadas e processadas na contadoria da Assistencia;

11. Abrir e rubricar as propostas apresentadas, em virtude de concorrência publica, para os fornecimentos, e mandar lavrar contractos com os concurrentes preferidos, á vista dos mappas comparativos feitos pelo administrador do Hospicio e pelo director das colonias;

12. Attender a todas as reclamações que lhe forem dirigidas, levando-as ao conhecimento do ministro do interior, quando se tratar de augmento de despeza ou de objecto que, pela sua importancia, reclame a intervenção daquella autoridade;

13. Assignar toda a correspondencia, cujo sentido indicará nos papeis que receber;

14. Dirigir-se a quaesquer autoridades sobre assumptos relativos á Assistencia, fazendo-o por intermedio do Ministerio do Interior quanto aos outros Ministerios;

15. Solicitar do ministro do interior o adeantamento da quantia necessaria para attender ás despezas com o pessoal e ás de prompto pagamento;

16. Apresentar, no principio de cada anno, ao ministro do interior o relatorio dos meios therapeuticos empregados no tratamento dos enfermos, devendo ser esse trabalho acompanhado das respectivas estatisticas, das observações scientificas mais interessantes e de uma exposição referente á economia dos diversos estabelecimentos da Assistencia e ás demais occurrencias.

Art. 4º Nos impedimentos repentinos do director geral da Assistencia, assumirá a direcção dos serviços o medico mais antigo do Hospicio Nacional. Nos impedimentos prolongados, porém, será o director geral substituido por medico nomeado pelo ministro do interior, mediante proposta do mesmo director.

Art. 5º A Directoria da Assistencia, estabelecida no edificio do Hospicio Nacional, ou em dependencia deste, terá o seguinte pessoal: um secretario, um contador, um primeiro escriptuario, um segundo escriptuario, dous amanuenses, um porteiro, um cobrador e um continuo.

Art. 6º Ao secretario, que servirá sob as immediatas ordens do director geral, compete:

1º Desempenhar os trabalhos concernentes ao recebimento da correspondencia do Ministerio do Interior e de outras autoridades e dos requerimentos de qualquer natureza, bem assim incumbir-se do preparo da correspondencia official da Directoria para as mesmas autoridades e do despacho e destino dos requerimentos;

2º Informar os requerimentos de admissão de enfermos pensionistas ou gratuitos;

3º Passar e subscrever as certidões requeridas á Directoria;

4º Ter a seu cargo a matricula dos enfermos e o assentamento dos empregados da Assistencia, no que será auxiliado pelo amanuense da contadoria que for designado pelo director geral, emquanto não for creado o lugar de auxiliar do secretario;

5º Organizar, diariamente, com todos os esclarecimentos, um mappa, em duplicata, do movimento do Hospicio, remetendo um exemplar ao administrador e archivando outro;

6º Annunciar, em nome da Directoria Geral, o recebimento de propostas para a compra de generos e o mais que for preciso ao Hospicio e suas dependencias.

O secretario será substituido, em seus impedimentos, pelo empregado da contadoria que o director geral designar, ou por pessoa estranha, nomeada pelo ministro do interior, mediante proposta do mesmo director.

Art. 7º Compete ao contador:

1º Arrecadar e fazer arrecadar a renda da Assistencia que não for directamente recebida pelo Thesouro Nacional;

2º Entregar, mensalmente, ao Thesouro a renda proveniente das contribuições dos enfermos e o produto de verbas de pequeno valor; e, em seguida ao recebimento, as quantias que provierem de outras verbas de receita;

3º Receber do director geral as quantias necessarias para as despesas com o pessoal e para as de prompto pagamento;

4º Entregar ao administrador do Hospicio e ao director das colonias, á proporção que for pedida, a importancia marcada para despesas miudas dos respectivos estabelecimentos;

5º Fazer outras despesas de prompto pagamento autorizadas pelo director geral e as despesas miudas da contadoria;

6º Entregar ao administrador do Hospicio a quantia necessaria para satisfazer a despesas de enterramento;

7º Apresentar ao director geral as relações dos enfermos cujas pensões estiverem em atrazo, afim de serem remetidas ao ministro do interior, que requisitará do da fazenda a cobrança executiva;

8º Expôr, por escripto, ao director geral as occurrencias que se derem na contadoria e reclamarem providencias disciplinares;

9º Receber em deposito, fazendo mencionar nas papeletas, os valores em dinheiro e joias que os enfermos trouxerem, recolhendo-os ao Thesouro no caso de fallecimento dos enfermos, e restituindo-os a estes si tiverem alta ou forem retirados do estabelecimento;

10. Encaminhar ao director geral os pedidos, feitos pelos competentes funcionarios, do que for necessario para os diversos serviços da Assistencia, declarando em cada um dos mesmos pedidos o estado da consignação respectiva;

11. Participar ao director geral, com antecedencia, sempre que o saldo de alguma das consignações da verba respectiva não for sufficiente para as despesas que se tenham de fazer durante o exercicio.

12. Organizar o orçamento da Assistencia, conforme as indicações do director geral nos orçamentos parciaes que lhe forem apresentados pelo director das colonias, administrador do Hospicio, director do musgo anatomo-pathologico, chefe do gabinete electro-therapico e pelo pharmaceutico;

13. Dirigir todo o expediente da contadoria.

Art. 8. O expediente a cargo do contador constará: da organização das folhas do pessoal da Assistencia; do processo de todas as contas de fornecimentos; das relações de despesas de prompto pagamento; da extracção das contas de tratamento dos enfermos; da organização das relações dos enfermos cujas pensões ficarem em atrazo; e da escripturação dos seguintes livros:

1º Da receita e despesa geral da Assistencia;

2º Da receita e despesa do Hospicio Nacional e de cada um dos asylos;

- 3º De contas correntes com os contribuintes;
- 4º Do movimento do cofre da contadoria;
- 5º Da demonstração do emprego da importancia adeantada pelo Thesouro ao director geral;
- 6º Do arrolamento das quantias que não forem reclamadas;
- 7º De contractos com os fornecedores;
- 8º Do registro de apolices, acções e quaesquer titulos de renda constitutivos do patrimonio;
- 9º Do ponto dos empregados da contadoria da Assistencia;
10. De cargas feitas ao cobrador.

Art. 9º O contador será substituido, nos seus impedimentos, pelo primeiro escriptuario. Neste caso a chave do cofre será entregue, mediante recibo da importancia nelle existente, pelo referido funcionario; ou, estando este enfermo, por pessoa de confiança, que assistirá ao balanço na presença do director geral, sendo observado o mesmo processo, ao apresentar-se o contador, em relação á pessoa que o estiver substituindo.

Art. 10. Aos empregados da contadoria cumpre executar, com zelo, intelligencia e promptidão, os trabalhos que lhes forem distribuidos pelo contador.

A contadoria funcionará, nos dias uteis, das 9 horas da manhã ás 3 da tarde, podendo ser pelo contador prorogada a hora do expediente, quando assim o exigir a conveniencia do serviço.

O director geral designará um dos amanuenses da contadoria para servir no escriptorio da administração do Hospicio enquanto não for creado o logar de ajudante do administrador.

Art. 11. O cobrador deverá proceder ao recebimento das quantias que não forem arrecadadas pelo contador, e entregal-as a este, para serem recolhidas ao Thesouro Nacional.

Prestará fiança do valor de cinco contos de réis.

Art. 12. Ao porteiro incumbe:

- 1º Receber a correspondencia e entregal-a, fechada, ao secretario ou quem o estiver substituindo;
- 2º Franquear a entrada aos enfermos cuja admissão estiver autorizada;
- 3º Franquear igualmente a entrada ás pessoas que obtiverem permissão para visitar o estabelecimento ou que se apresentarem nos dias marcados para visitar os enfermos por quem se interessarem;
- 4º Entregar as papeletas dos enfermos nas divisões a que pertecerem;
- 5º Mandar proceder, por um ou mais serventes ou enfermos, ao asseio da portaria do Hospicio e de outras dependencias marcadas no regimento interno;
- 6º Não permittir ajuntamentos na portaria e no vestibulo do estabelecimento e cumprir as demais determinações expressas no regimento interno.

Art. 13. Ao continuo cumpre:

- 1º Executar e fazer executar, por serventes ou enfermos, a limpeza e arranjo interno da contadoria;
- 2º Apresentar-se para o serviço antes da hora do expediente e a tempo de executar o determinado no n. 1º;
- 3º Fechar a contadoria, terminado o expediente, e entregar a chave a quem o contador ordenar;
- 4º Ter sob sua guarda os moveis e utensilios existentes na contadoria e sala do archivo, não permittindo a retirada de nenhum destes sem autorização do contador;

5º Obedecer ás ordens de serviço que lhe forem dadas pelo secretario, pelo contador e empregados da contadoria;

6º Entregar a correspondencia.

CAPITULO III

DO HOSPICIO NACIONAL

SECÇÃO I

SERVIÇO SANITARIO

Art. 14. O pessoal do serviço sanitario constará:

De tres medicos, um director do museo anatomo-pathologico, um chefe do gabinete electro-therapico, quatro internos, dos quais dous serão pagos pela Faculdade de Medicina, alumnos da mesma Faculdade, um pharmaceutico e um ajudante;

De um 1º enfermeiro, dos 2ºs enfermeiros, enfermeiras e inspectoras, guardas e serventes necessarios ao serviço, de um conservador do museo anatomo-pathologico e do gabinete electro-therapico.

Art. 15. Incumbe aos medicos:

1º Visitar diariamente, ás 8 horas da manhã, as subdivisões a seu cargo, e prescrever o tratamento a que devam ser submettidos os enfermos:

2º Lançar, em livros proprios, as notas clinicas que exprimam o estado dos doentes, quer sejam modificações dos symptomas primitivos, quer factos novos, pertencentes a outra phase da molestia;

3º Dar alta aos enfermos curados e aos que tenham de sahir em virtude de requerimento dos interessados, e submeter as papeletas á apreciação do director geral;

4º Passar os attestados requeridos ao director geral e os de obito dos enfermos que fallecerem nas respectivas subdivisões, e remettel-os ao secretario;

5º Autopsiar os cadaveres que sahirem das subdivisões, salvo tratando-se de contribuintes, e entregar ao director geral as notas relativas ás autopsias, para serem lançadas no respectivo registro;

6º Dar, verbalmente, as informações que lhes forem pedidas pelas pessoas interessadas, conservando-se para isso no estabelecimento, durante duas horas, nos dias da visita de que trata o art. 53;

7º Apresentar ao director geral, no prazo de 15 dias, que poderá ser por elle prorogado, um parecer fundado nos exames que houverem feito sobre o estado mental dos enfermos em observação;

8º Colligir elementos para o relatorio do director geral;

9º Solicitar do director geral o que necessitarem para o bom desempenho dos deveres que lhes cabem.

Art. 16. Os logares de medicos, á proporção que forem vagando, serão preenchidos por concurso.

Paragrapho unico. Observar-se-hão no concurso as disposições vigentes relativas ao provimento do logar de substituto á cadeira de clinica psychiatica da Faculdade de Medicina; e serão examinadores os professores da secção medica da mesma Faculdade, tirados á sorte um medico do Hospicio, designado pelo director, que presidirá o concurso.

Art. 17. Ao chefe do gabinete electro-therapico cumpre:

1º Executar as instrucções que lhe forem dadas pelo director geral, o qual se reportará, no que disser respeito aos doentes a cargo dos medicos, ás notas que delles receber;

2º Ter inventario, sob a guarda do empregado encarregado do gabinete, dos apparatus e moveis ahi existentes, bem como fazel-os conservar na maior limpeza e asseio;

3º Apresentar ao director geral os pedidos do que for necessario para o gabinete;

4º Ordenar ao empregado encarregado do gabinete que não permita sejam retirados quaesquer dos apparatus sem o competente recibo.

Art. 18. Incumbe aos internos:

1º Observar, assidua e attentamente, os alienados, tomando nota de tudo quanto possa interessar ao tratamento;

2º Assistir á distribuição dos remedios e dos alimentos;

3º Empregar o tratamento hydrotherapico que os facultativos prescreverem;

4º Applicar, na ausencia do director geral e dos medicos, só quando forem absolutamente indispensaveis e durante o menor prazo possivel, os meios coercitivos de que trata este regulamento:

5º Soccorrer promptamente os enfermos que carecerem de cuidados immediatos, recorrendo ao director geral nos casos graves;

6º Consignar, em livro especial, todas as occurrencias que se derem com referencia ao serviço clinico;

7º Registrar as notas relativas ás autopsias.

Art. 19. Farão os internos assentamento dos meios coercitivos que forem applicados aos enfermos na conformidade dos arts. 18, n. 4º, e 51 deste regulamento.

Art. 20. O interno de serviço não póde fazer-se substituir por outro, sinão mediante autorisação do director geral; e sob nenhum pretexto poderá sahir do estabelecimento durante todo o tempo do serviço.

Art. 21. Compete ao pharmaceutico:

1º Preparar, com o maior esmero, os medicamentos;

2º Conservar pharmacia no melhor asseio e ordem, com o auxilio dos serventes precisos;

3º Extrahir os pedidos de drogas e mais objectos de que necessitar a pharmacia, e apresental-os ao director geral, por intermedio da contadoria;

4º Examinar as contas dos fornecedores respectivos, confrontando-as com os pedidos que as deverão acompanhar, e apresental-as tambem ao director geral com a nota - conforme - datada o assignada;

5º Proceder no inventario do vasilhame e mais objectos que entrarem para a pharmacia, e registral-o em livro especial, uma vez por anno;

6º Fiscalizar o serviço confiado ao official de pharmacia, seu ajudante.

Parapho unico. O pharmaceutico não se retirará do estabelecimento sem que esteja terminado o expediente do aviamento do receituario, e tambem nas occasiões em que esteja ausente o seu ajudante.

Art. 22. Ao ajudante do pharmaceutico cumpre fazer o trabalho que lhe for designado por este.

Art. 23. O primeiro enfermeiro, os segundos enfermeiros, as enfermeiras e inspectoras e os guardas são auxiliares do serviço medico, e devem cumprir o disposto no regimento interno.

Art. 24. No museo anatomo-pathologico serão observadas as seguintes disposições:

1ª O museo estará aberto, todos os dias uteis, das 9 horas da manhã ás 2 da tarde;

2ª As peças anatomicas destinadas ao museo serão entregues ao respectivo director, que as preparará afim de serem conservadas;

3ª As pesquisas histologicas se farão segundo as instrucções que forem dadas pelo director, o qual escolherá as preparações mais instructivas que convenha conservar;

4ª A cada peça anatomica deverá acompanhar um relatorio do caso morbido e da necropsia, de modo a ser archivado para illustração e historia da mesma peça;

5ª O director do museo deverá assistir ás necropsias, com o fim de indicar o modo mais conveniente da extracção da peça anatomica, e de sua conservação antes de passar por ulterior processo;

6ª De todos os trabalhos executados no museo deverá o director fazer, em cada anno, um relatorio, que será entregue ao director geral da Assistencia e publicado;

7ª No museo serão executadas pelos medicos e internos do Hospicio, de accordo com as instrucções do director, as analyses dos liquidos pathologicos e as investigações microscopicas necessarias para a elucidação dos casos morbidos.

Paragrapho unico. O director do museo anatomo-pathologico fará o respectivo encarregado cumprir as disposições dos ns. 2 e 4 do art. 17, e apresentará ao director geral das Assistencia os pedidos do que for necessario.

Art. 25. Na escola profissional, creada pelo decreto n. 791 de 27 de setembro de 1890, a qual se destina a preparar enfermeiros e enfermeiras para os hospicios e hospitaes civis e militares, se observará o seguinte:

§ 1º O curso constará: 1º, de noções praticas de propedeutica clinica; 2º, de noções geraes de anatomia, physiologia, hygiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiaes a certas categorias de enfermos e applicações balneotherapicas; 3º, de administração interna e escripturação do serviço sanitario e economico das enfermarias.

§ 2º Os cursos theoreticos se effectuarão tres vezes por semana, em seguida á visita ás enfermarias, e serão dirigidos pelos internos e pelos enfermeiros e inspectores, sob a fiscalização do medico e superintendencia do director geral.

§ 3º Para ser admittido á matricula o pretendente deverá:

1º Ter 14 annos, pelo menos, de idade;

2º Saber ler e escrever correctamente e conhecer arithmetica elementar;

3º Apresentar attestações de bons costumes.

Poderão ser admittidos ao curso alumnos internos e externos; os primeiros, que não poderão exceder de 30, além de aposento e alimentação, terão direito á gratificação, no primeiro anno, de 20% mensaes, e no segundo, depois do primeiro aprendizado, de 25\$; devendo, porém, coadjuvar os empregados do estabelecimento no serviço que lhes for designado.

§ 4º Aos alumnos que se distinguirem nos exames serão conferidos premios até 50\$, e aos enfermeiros diplomados e alumnos que em qualquer tempo se invalidarem no exercicio da profissão em hospitaes mantidos pelo Estado, por enfeito dos deveres a ella inherentes, se abonará uma pensão proporcional ao ordenado que perceberem.

§ 5º No fim do curso, que poderá ser feito em dous annos, no minimo, será conferido ao alumno um diploma passado pelo director geral da Assistencia Medico-Legal de Alienados.

§ 6º O diploma dará preferencia para os empregos nos hospitaes de que trata este artigo, e o exercicio profissional durante 25 annos direito á aposentadoria na fórma das leis vigentes.

§ 7º Enquanto permanecerem no estabelecimento, os alumnos ficarão sujeitos ás penas disciplinares impostas nas instrucções do serviço interno aos respectivos empregados.

SECÇÃO II

DA ADMISSÃO E SAIDA DOS ENFERMOS E DAS RESPECTIVAS CATEGORIAS E CLASSES

Art. 26. No Hospicio Nacional, unico em que se recebem pensionistas, haverá um pavilhão destinado aos doentes em observação, pelo qual transitarão todos os doentes gratuitos que tenham de ser admittidos.

Art. 27. Todos os individuos que, pela pratica de actos indicativos de alienação mental, tiverem de ser recolhidos ao Hospicio, alli darão entrada provisoria, até se verificar a alienação nos termos do § 7º do art. 15; depois do que poderá ser autorisada a matricula pelo director geral, excepto tratando-se de estrangeiros que tenham de ser repatriados em virtude de accordo com os respectivos governos.

A matricula realizar-se-ha 15 dias depois da entrada dos enfermos, salvo casos especiaes, em que, a juizo do director geral, deva este prazo ser prorogado.

Art. 28. A admissão dos enfermos indigentes se verificará á vista de ordem do Ministro do Interior ou de requisição do chefe de policia da Capital Federal.

As requisições devem ser acompanhadas de documentos justificativos da loucura, e de informações e documentos acerca do nome, idade, naturalidade, estado, filiação e residencia dos enfermos.

Art. 29. As admissões de contribuintes serão autorisadas pelo director geral, mediante requerimento, ou por effeito de requisição da autoridade competente, si o enfermo for official ou praça do Exercito, Armada, brigada policial ou corpo de bombeiros.

Art. 30. São competentes para requerer a admissão de enfermos, quer contribuintes, quer gratuitos:

- I. O ascendente ou descendente;
- II. O conjuge;
- III. O tutor ou curador;
- IV. O chefe de corporação religiosa ou de beneficencia.

Art. 31. Aos requerimentos, dos quaes deverão constar os esclarecimentos de que trata o art. 28, se annexarão pareceres de dous medicos que tenham examinado o enfermo 15 dias, no maximo, antes de sua admissão no Hospicio, ou certidões do exame de sanidade.

Acompanharão tambem os requerimentos, quando se tratar de contribuintes, cartas de fiança idonea das despezas relativas ás classes em que forem collocados os enfermos.

Todos os documentos serão sellados e terão as firmas reconhecidas.

Art. 32. O director geral remetterá, trimensalmente, aos pretores desta Capital uma relação dos enfermos que pertencerem á respectiva circumscripção e houverem sido enviados nessa época.

Art. 33. Os enfermos indigentes só poderão sahir depois de restabelecidos, salvo com licença concedida pelo director geral; os pensionistas, porém, serão retirados,

em qualquer tempo, pelas pessoas que tiverem requerido a admissão, e, na falta destas, pelos parentes ou curadores, excepto quando se tratar de enfermos accomettidos de fórma de loucura que torne perigosa a sua permanencia em liberdade. Neste caso, precederá á sahida ordem do Ministro do Interior, ouvido o chefe de policia.

Art. 34. Concedida a alta a qualquer enfermo, será feita a necessaria communicação á autoridade que requisitou ou á pessoa que requereu a admissão, afim de mandar retiral-o.

Art. 35. Os enfermos em tratamento no Hospicio Nacional serão divididos nas seguintes categorias:

Pensionistas, comprehendendo quatro classes, cujas diarias serão de 10\$ na 1ª, 5\$ na 2ª, 3\$ na 3ª e 2\$ na 4ª;

Mantidos pelos Ministerios da Guerra, da Marinha, da Justiça e da Agricultura, ou pelos Estados;

Gratuitos.

Art. 36. Os enfermos enviados pelos referidos Ministerios contribuirão: os officiaes com o meio soldo mensal e os inferiores e praças com 640 rs. diarios.

Art. 37. Salvo o caso de contracto, celebrado com autorisação do Governo, os Estados que enviarem enfermos á Assistencia pagarão 1\$200 diarios pelo tratamento de cada um.

Art. 38. Os commodos destinados aos enfermos pensionistas serão os seguintes:

Os enfermos de 1ª classe terão direito a um quarto mobiliado com o possivel conforto e a um criado exclusivamente empregado no seu serviço;

Os de 2ª classe terão um quarto mobiliado, com um só leito;

Os de 3ª classe serão accomodados, sempre que não houver inconveniente, em quartos com dous leitos;

Os de 4ª classe occuparão dormitorios especiaes de 8 a 16 leitos.

Paragrapho unico. Os officiaes do Exercito e da Armada e os da brigada policial e corpo de bombeiros serão considerados pensionistas da classe de cuja diaria mais se approximar a contribuição com que concorrerem.

Art. 39. Os inferiores e praças do Exercito e da Armada e os da brigada policial e corpo de bombeiros, os enfermos enviados pelos Estados e os gratuitos occuparão vastos dormitorios.

Art. 40. Em relação ás refeições, o tratamento dos enfermos será o discriminado nas tabellas que o director geral organizar.

Art. 41. Os enfermos cujos parentes, tutores ou curadores, não podendo contribuir com a quantia correspondente á diaria da 4ª classe, derem entrada no Hospicio mediante donativos em dinheiro ou apolices, ou pensões do Montepio dos Servidores do Estado, terão, salvo resolução em contrario do Ministro do Interior, do qual dependerão taes admissões, o tratamento dos gratuitos.

Quando, em virtude de circumstancias attendiveis, resolver o Governo que seja a admittido algum alienado que não disponha de recursos para pagamento das contribuições, poderá ser acceta, como donativo á Assistencia ou sob a fórma que o Governo indicar, qualquer quantia ou peculio de que dispuzer o enfermo, procedendo requisição do juiz ou requerimento do curador, com autorisação do mesmo juiz.

Art. 42. Quando as pessoas interessadas desejarem fazer acompanhar por criado de sua escolha e confiança os enfermos, sendo estes de classe inferior á 1ª, pagarão pelo sustento dos criados a diaria de 4ª classe.

Art. 43. A roupa dos enfermos pensionistas poderá ser lavada em casa de suas famílias. Quando o for no estabelecimento, pagarão, mensalmente, os pensionistas de 1ª classe 10\$, os de 2ª 6\$, os de 3ª 4\$ e os de 4ª 3\$000.

SECÇÃO III

DO REGIMEN HYGIENICO E DISCIPLINAR

Art. 44. Os enfermos occuparão, separados por sexo, duas grandes divisões, inteiramente independentes, e subdivididas como o entender o director geral, nas quaes serão distribuidos segundo as classes a que pertencerem e a fórma de alienação de que se acharem acommettidos.

Art. 45. Haverá em ambas as divisões quartos, dormitorios, salas de reunião e de recreio, e enfermarias, convenientemente arejados e mantidos no mais escrupuloso asseio.

Art. 46. Haverá, igualmente, em cada divisão pavilhões de isolamento e uma secção balnearia, provida de apparatus aperfeiçoados, não só para os banhos ordinarios, mas tambem para as applicações da hydrotherapia.

Art. 47. Na praia, fronteira ao estabelecimento se estabelecerá o que mais conveniente for para facilitar aos enfermos o uso dos banhos de mar, a salvo de accidentes.

Art. 48. Os alienados serão submettidos ao trabalho para que mostrarem aptidão, segundo as indicações do director geral.

Art. 49. O estabelecimento terá apparatus para exercicios gymnasticos, bibliotheca e differentes jogos e instrumentos de musica para recreio dos enfermos alienados.

Art. 50. As refeições serão servidas tres vezes por dia, de conformidade com a respectiva tabella; aos enfermos acommettidos de molestias communs será proporcionada, porém, a dieta que o facultativo prescrever.

Art. 51. Como meio de tratamento e para manutenção da ordem entre os enfermos, poderá o director geral recorrer:

- 1º A' privação de receberem visitas, passeios e quaesquer outras distracções;
- 2º A' reclusão solitaria;
- 3º Ao collete de força e á cellula.

Art. 52. Nenhum escripto poderá ser recebido pelos enfermos ou por elles enviado sem prévia licença do facultativo.

Art. 53. Os enfermos indigentes só poderão ser visitados, ordinariamente, no primeiro domingo de cada mez, e extraordinariamente com licença do medico da respectiva subdivisão. Os pensionistas, porém, receberão seus parentes, curadores ou correspondentes duas vezes por semana, ás segundas e sextas-feiras, das 9 ás 11 horas do dia, quando a isso se não oppuzer, a bem do tratamento, o medico a quem estiverem confiados.

SECÇÃO IV

DAS OFFICINAS

Art. 54. Haverá no Hospicio, como meio de tratamento dos enfermos alienados, as officinas que o director geral entender conveniente estabelecer de accordo com os recursos orçamentarios.

Art. 55. Os trabalhos dos enfermos alienados, salvo os que se destinarem ao uso dos proprios enfermos e os que tenham de ser entregues ás pessoas que os encomendarem, ficarão expostos em compartimento apropriado, onde possam ser vistos pelos visitantes.

Art. 56. Parte do producto da venda dos referidos trabalhos, calculada em 10 %, será destinada a pequenos premios aos enfermos que mais se distinguirem no trabalho, e a modico auxilio pecuniario aos que, tendo-se restabelecido, não dispuzerem de recursos para seu transporte ao logar de residencia das familias e para alimentarem-se antes de encontrar collocação.

Art. 57. Os premios e auxilios de que trata o artigo antecedente serão concedidos a juizo do director geral.

Art. 58. Trabalharão nas officinas da divisão dos homens, industriando os enfermos nos differentes officios, os mestres necessarios, sujeitos á fiscalização do administrador do estabelecimento.

Art. 59. As officinas da divisão das mulheres estarão a cargo de inspectoras, subordinadas á administração.

SECÇÃO V

SERVIÇO ECONOMICO INTERNO

Art. 60. O administrador do Hospicio Nacional é o responsavel immediato, perante o director geral da Assistencia, pelo serviço economico do Hospicio e pela direcção do serviço do pessoal do escriptorio da administração e de todo o pessoal subalterno, exceptuado o do serviço sanitario, quando esteja no cumprimento destes deveres.

Cumpra ao administrador:

- 1º Cuidar da conservação do Hospicio e suas dependencias;
- 2º Extrahir do livro de talão, numerados e em ordem chronologica, os pedidos de que for necessario á manutenção dos serviços a seu cargo;
- 3º Receber directamente a renda das officinas, e entregal-a no principio de cada mez, acompanhada de guia, em duplicata, ao contador;
- 4º Apresentar, mensalmente, ao contador o ponto para a folha do pessoal subalterno;
- 5º Fiscalizar a escripturação de cada uma das dependencias a seu cargo;
- 6º Providenciar, com promptidão, sobre os enterramentos dos enfermos que fallecerem no Hospicio Nacional, de accordo com as ordens vigentes e recommendação das familias dos mesmos enfermos, fazendo a necessaria participação ao official do registro civil;
- 7º Organizar mappas comparativos das propostas, depois de abertas e rubricadas pelo director geral, entregando ao contador as que tiverem sido preferidas para ser lavrado o contracto;
- 8º Lançar e assignar a nota - confere - em todas as contas das dependencias que lhe cumpre fiscalizar, remetendo-as á contadoria da Assistencia;
- 9º Mandar receber os enfermos cuja admisão estiver autorizada ou os que forem remetidos por autoridade competente;
10. Participar ás familias dos pensionistas o que de mais importante occorrer quanto aos enfermos, á vista das indicações que receber dos medicos das divisões.

Art. 61. O pessoal da despensa, cozinha, refeitórios, lavanderia, officinas, jardim e horta será admittido pelo administrador.

Os deveres desses empregados serão determinados no regimento interno.

Art. 62. O administrador terá como auxiliares immediatos, na fiscalização dos serviços não sanitarios do pavilhão de admissão, um ajudante, e, na divisão de mulheres do Hospicio, uma inspectora, cujas nomeações serão feitas pelo director geral, sobre proposta do mesmo administrador.

Art. 63. As attribuições, quer de um, quer de outro auxiliar da administração, serão definidas no regimento interno do Hospicio.

CAPITULO IV

DAS COLONIAS

Art. 64. As colonias S. Bento e Conde de Mesquita são exclusivamente reservadas a alienados indigentes, transferidos do Hospicio Nacional e capazes de entregarem-se á exploração agricola e a outras industrias.

Art. 65. Haverá nas colonias o seguinte pessoal:

Um director, um medico, um almoxarife, um escriptuario e dous internos;

Dous 1^{os} enfermeiros, dous despenseiros, um machinista, um carpinteiro, um barbeiro, um official de pharmacia, os 2^{os} enfermeiros, guardas, mestres de officinas, cozinheiros, copeiros, lavradores, padeiros, remadores, campeiros e serventes indispensaveis, e o pessoal da lancha.

Art. 66. Ao director, que residirá no estabelecimento, compete:

1^o Fiscalizar todos os serviços das colonias;

2^o Nomear os empregados a que se refere a 2^a parte do artigo antecedente;

3^o Visar os pedidos feitos pelo almoxarife e as contas dos fornecedores que estiverem conformes, e remettel-os á contadoria;

4^o Visar tambem, para terem o mesmo destino, os recibos das quantias adeantadas pelo cofre da contadoria da Assistencia para despezas miudas, as relações desses gastos, as guias de entrega da renda, os mapps de frequencia do pessoal, bem assim os demais documentos sujeitos á sua fiscalização e que tenham de ficar no archivo das colonias;

5^o Encerrar, diariamente, com sua rubrica o livro do ponto;

6^o Rubricar todos os livros indicados pelo director geral;

7^o Fornecer os dados para o relatorio da Assistencia, em relação á parte economica desse trabalho.

Art. 67. Incumbe ao medico:

1^o Visitar as colonias diariamente, e extraordinariamente sempre que a sua presença for reclamada pelo director;

2^o Indicar a natureza e duração dos trabalhos a que os enfermos devam ser submettidos e prescrever os meios coercitivos necessarios;

3^o Reclamar, quando julgar conveniente, os serviços do cirurgião da Assistencia e do dentista;

4^o Dar aos internos as instrucções pelas quaes deverão guiar-se na sua ausencia;

5^o Fazer as autopsias previamente indicadas pelo director geral;

6^o Colligir elementos para o relatorio do referido director.

Art. 68. O lugar de medico das colonias será preenchido, quando vagar, nos termos do art. 16 deste regulamento.

Art. 69. Ao almoxarife, que residirá no estabelecimento, cumpre:

1^o Extrahir de livros de talão os pedidos de generos e mais objectos necessarios ás colonias, e submettel-os ao - visto - do director;

2º Apresentar ao director taes pedidos, e receber as quantias precisas para despezas miudas;

3º Fazer as despezas dessa natureza, lançal-as em livros especiaes, sendo um para cada colonia, e organizar, no fim de todos os mezes, relações em duplicata das mesmas despezas, as quaes apresentará ao director, para dar destino;

4º Arrecadar a renda das colonias, e entregal-a ao director, no principio de cada mez, acompanhada de guia em duplicata;

5º Fazer, annualmente, o inventario dos moveis e utensilios pertencentes ás colonias, lançando-o em o livro relativo a cada uma dellas, com as alterações que forem occorrendo;

6º Velar pelo asseio e ordem das colonias, representando ao director contra as faltas que encontrar;

7º Dirigir o serviço das despensas e cozinhas das colonias, escripturando o livro de entrada e sahida dos generos em cada colonia.

Art. 70. Ao escripturario compete:

1º Fazer a correspondencia do director;

2º Organizar os mappas de frequencia de todo o pessoal das colonias, á vista do livro do ponto;

3º Escripturar os livros de matricula, os de assentamento dos empregados subalternos, os de registro das contas e outros que forem creados pelo director, de accordo com o director geral;

4º Notar no livro do ponto as faltas do pessoal subalterno;

5º Fazer os mappas do movimento das colonias.

Art. 71. Cabe aos internos:

1º Executar e fazer executar pelos enfermeiros e guardas as pescripções do medico;

2º Cuidar do archivo clinico, no qual ficarão consignados os factos mais importantes e o resultado das autopsias.

Art. 72. Os enfermos alienados occuparão dormitórios em que sejam observados todos os preceitos da hygiene.

Art. 73. As refeições serão distribuidas, quanto possivel, de accordo com o que estiver estabelecido para o Hospicio.

Art. 74. Aos alienados se proporcionarão, além da balneotherapia, banhos ordinarios de agua doce e de mar, bem assim os recreios que forem convenientes, no conceito do director geral.

Art. 75. Os alienados poderão receber os parentes que os procurarem, aos domingos e dias feriados, precedendo permissão do director das colonias.

Art. 76. Os alienados não poderão enviar ou receber escripto algum sinão por intermedio do director.

Art. 77. São applicaveis aos alienados das colonias os meios coercitivos empregados no Hospicio Nacional.

Art. 78. Haverá nas colonias, logo que for possivel, as officinas que o director geral julgar acertado estabelecer, e nellas trabalharão, sob a direcção de mestres, os alienados que não se prestarem ao trabalho agricola e mostrarem aptidão para algum officio.

Art. 79. A renda das officinas e dos productos da pequena lavoura terá a applicação estatuida na legislação vigente, observado o disposto no art. 56 deste regulamento.

Art. 80. Haverá em cada colonia logares apropriados para deposito dos mortos e preparo de caixões.

Art. 81. O pessoal subalterno do serviço interno das colonias cumprirá as disposições do regimento interno do Hospicio Nacional na parte que lhe possa ser applicavel por igualdade de serviço e analogia de logar.

CAPITULO V

DOS CIRURGIÕES DA ASSISTENCIA

Art. 82. A Assistencia terá um cirurgião e um dentista, sendo este de nomeação do director geral e aquelle do Ministro do Interior, mediante proposta do mesmo director.

Ambos deverão comparecer no Hospicio Nacional, para o exercicio de sua profissão, tres vezes por semana, e nas colonias quando forem reclamados os seus serviços.

CAPITULO VI

DOS MEIOS DE TRANSPORTE

Art. 83. A Assistencia disporá de carros adequados á conducção dos enfermos alienados, e de lanchas a vapor para o serviço entre o Hospicio Nacional e as colonias.

Art. 84. O serviço dos carros ficará sob a fiscalização do administrador do Hospicio e o das lanchas sob a do director das colonias.

CAPITULO VII

DISPOSIÇÕES GERAES

Art. 85. As familias dos enfermos recolhidos a qualquer dos estabelecimentos poderão enviar-lhes, quer para acompanhal-os nos ultimos momentos, quer para a celebração de actos religiosos, os sacerdotes e pastores da religião a que pertencerem.

Art. 86. As pessoas que desejarem visitar o Hospicio Nacional terão entrada ordinariamente aos domingos e dias feriados, das 9 horas da manhã ao meio-dia, com permissão do director geral, dos medicos ou do administrador, e se limitarão a percorrer a parte do edificio não occupada pelos loucos.

A entrada nas differentes divisões do estabelecimento só será permittida pelo director geral.

Art. 87. A visita ás colonias será permittida pelo director geral e pelo director daquellas nos dias acima indicados.

Art. 88. A nomeação dos empregados de que trata o art. 3º n. 2 e do cirurgião se fará por portaria do Ministerio do Interior.

Art. 89. O empregado que faltar ao serviço da repartição soffrerá perda total ou desconto em seus vencimentos, conforme as seguintes disposições:

§ 1º O que faltar sem causa justificada perderá todo o vencimento.

§ 2º Perderá sómente a gratificação aquelle que faltar por motivo justificado.

São motivos justificados: 1º, molestia do empregado; 2º, nôjo; 3º, gala de casamento.

Serão provadas com attestado medico as faltas que excederem de tres em cada mez.

§ 3º O empregado que comparecer depois de encerrado o ponto, até ás 10 horas, não soffrerá, desconto, si justificar a demora perante o chefe da repartição.

§ 4º O desconto por faltas interpoladas será relativo aos dias em que se derem; mas, si forem successivas, por espaço de oito ou mais dias, se estenderá aos que, não sendo de serviço, se comprehenderem no periodo das mesmas faltas.

§ 5º As faltas se contarão á vista do livro do ponto.

§ 6º O julgamento das faltas, ao qual se procederá no fim de cada mez, compete ao director geral.

Art. 90. Não soffrerá desconto algum o empregado que faltar á repartição:

1º Por se achar encarregado pelo director geral de qualquer trabalho ou commissão, fóra da repartição;

2º Por motivo de serviço da repartição, precedendo ordem do respectivo chefe;

3º Por serviço obrigatorio e gratuito em virtude de lei.

Art. 91. Nas substituições dos funcionarios da Assistencia observar-se-ha o seguinte:

1º Quando o substituto for empregado da Assistencia perceberá, além de seu vencimento integral, uma gratificação igual á differença entre este e o do logar substituido;

2º Quando for pessoa estranha á Assistencia ser-lhe-ha abonada uma gratificação correspondente ao vencimento integral do logar que exercer, embora não se ache vago ou ao substituido caiba qualquer vencimento.

Art. 92. Os meios coercitivos de que trata o art. 51, quando applicados, serão notados em livro especial, pelo interno do serviço.

Art. 93. Para os fins da estatistica deverão, diariamente, os internos de serviço, depois que houverem recebido os relatorios das occurrencias nas secções, fornecer ao administrador do Hospicio nota das roupas e outros objectos que tenham sido inutilizados pelos enfermos.

Art. 94. A entrada de homens, á noite, na divisão de mulheres e prohibida, e só por excepção poderão ahi entrar os medicos ou o interno de serviço, quando chamados pelas inspectoras, para socorrerem a enfermas, ou sem esse chamado, nos casos de perigo para o estabelecimento, ou para manter a ordem.

O administrador poderá tambem entrar em virtude dos dous ultimos casos, ou no de fiscalização extraordinaria.

Parapho unico. As cautelas que cumpre observar por occasião da entrada nesta divisão serão determinadas no regimento interno.

Art. 95. Os funcionarios da Assistencia que residirem nos predios pertencentes a esta são, ainda mesmo em horas ou dias que não forem de expediente, obrigados a comparecer na contadoria, desde que se tornem necessarios os seus serviços.

Art. 96. A nenhum funcionario dos estabelecimentos da Assistencia é permittido ter para seu serviço particular empregados da mesma Assistencia ou enfermos.

Art. 97. Os empregados que residirem nos diversos estabelecimentos da Assistencia terão direito á alimentação, sendo obrigados a essa residencia os do serviço interno.

Art. 98. Aos empregados do serviço externo que, pela natureza das funcções do logar, não tenham tempo limitado para cumprimento de seus deveres e não possam, por isso afastar-se dos estabelecimentos, dar-se-ha accommodação nas dependencias destes.

Art. 99. Os medicos poderão conceder licenças de passeio aos enfermos de suas divisões, quando essas forem para regresso no mesmo dia.

Art. 100. No gabinete do director geral estará todas as manhãs, das 8 ás 8 ½ horas, em que será encerrado pelo mesmo director, um livro de presença, no qual escreverão seus nomes os empregados do serviço clinico.

Art. 101. O serviço do necroterio e das salas de necropsias ficará sob a fiscalização de um dos internos, o qual empregará serventes, ora de um, ora de outro sexo, conforme o trabalho se referir á divisão dos homens ou á das mulheres, dirigidos os serventes, no primeiro caso por um enfermeiro e no segundo por uma inspectora.

Art. 102. Os cadaveres dos pensionistas só serão autopsiados procedendo consentimento das familias.

Art. 103. O enterro dos pensionistas será feito por suas familias, após a participação do fallecimento e remessa da certidão do registro civil pelo administrador do Hospicio, que será indemnizado da quantia que houver sido despendida.

A despesa com a certidão será levada á conta corrente do pensionista.

Art. 104. As despesas com os funeraes dos officiaes do Exercito, da Armada, da brigada policial e do corpo de bombeiros serão feitas pela Assisténcia, que será indemnizada á vista da conta que o director geral apresentar ao Ministro do Interior, para ser enviada á repartição competente.

Art. 105. O detalhe de designação do pessoal subalterno do Hospicio para serviços externos é da exclusiva competencia do administrador.

Art. 106. O administrador do Hospicio participará ao director geral da Assistencia todas as occurrencias que se derem nos serviços a seu cargo em contrario ás disposições deste regulamento.

Art. 107. Todo o pessoal subalterno do Hospicio e o do serviço interno das colonias é obrigado ao uso de uniforme, que será fornecido pelos respectivos estabelecimentos, segundo o figurino adoptado pelo director geral da Assistencia.

Art. 108. São sujeitos ás seguintes penas disciplinares os empregados, nos casos de negligencia, desobediencia, inexactidão no cumprimento de deveres e falta de comparecimento sem causa justificada, por oito dias consecutivos ou quinze interpolados, durante o mesmo mez:

1ª Simple advertencia;

2ª Reprehensão;

3ª Suspensão até 15 dias, com perda de todo o vencimento;

4ª Demissão.

Paragrapho unico. Estas penas, com excepção da ultima quando se tratar de funcionario de nomeação do Ministro do Interior, serão impostas pelo director geral, podendo as duas primeiras ser applicadas pelo contador, administrador do Hospicio, ou director das colonias, aos quaes compete demittir ou dispensar os empregados por elles nomeados.

Art. 109. O director geral promoverá no Hospicio Nacional, no dia 11 de agosto de cada anno, sempre que for possivel, uma exposição dos trabalhos manufacturados pelos enfermos e enfermas do estabelecimento.

Art. 110. Os alienados que tiverem de ser remettidos pela Policia e acerca dos quaes não seja possivel satisfazer, por falta de esclarecimentos, o exigido no art. 28 deste regulamento, deverão ser previamente retratados naquella repartição e enviados para o Hospicio acompanhados das respectivas photographias.

Art. 111. Enquanto a clinica psychiatrica funcionar no Hospicio Nacional, o lente da mesma clinica e de molestias mentaes será o director geral da Assistencia.

Art. 112. No pavilhão dos doentes em observação funcionará a clinica psychiatrica e de molestias nervosas, ficando o serviço clinico a cargo do lente respectivo.

Art. 113. O director geral organizará as instrucções e tabellas que forem precisas para regularidade do serviço interno da Assistencia, bem assim indicará a pessoa que deva substituir o director das colonias nos seus impedimentos, cabendo a este ultimo designar os substitutos do almoxarife e do escripturario.

Art. 114. Os logares de auxiliar do secretario e de ajudante do administrador do Hospicio serão providos quando estiver concluido o pavilhão destinado aos enfermos em observação e for votada pelo Congresso a quantia necessaria para occorrer ao pagamento dos respectivos vencimentos.

Capital Federal, 29 de junho de 1892. - Fernando Lobo.

ANEXO B- DECRETO N. 1.252/1893**DECRETO N. 1252 - DE 31 DE JANEIRO DE 1893**

Altera o disposto no parographo unico do art. 16 do regulamento annexo ao decreto n. 896 de 29 de junho de 1892.

O Vice-Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil, attendendo ao que expoz o director geral interino da Assistencia Medico-Legal de Alienados,

Decreta:

Art. 1º O concurso de que, na conformidade dos arts. 16 e 68 do regulamento annexo ao decreto n. 896 de 29 de junho de 1892, depende o provimento dos logares de medico da Assistencia, consistirá em provas escripta, oral e pratica sobre as materias da cadeira de clinica psychiatrica e molestias nervosas das Faculdades de Medicina da Republica, e em arguição sobre os assumptos das duas primeiras provas, feita pelos membros da commissão examinadora.

Servirão de examinadores tres lentes cathedaticos de sciencias medicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tirados a sorte, e um medico da Assistencia, designado pelo director, que presidirá o concurso.

Art. 2º Em instrucções especiaes, organisadas pela Directoria Geral da Assistencia e approvadas pelo Governo, se regulará o processo do concurso, em que se observarão as disposições vigentes, que forem applicaveis, relativas ao provimento do logar de substituto da cadeira de clinica psychiatrica e molestias nervosas das Faculdades de Medicina.

Art. 3º Fica alterado, nesta conformidade, o parographo unico do citado art. 16 do regulamento de 29 da junho de 1892.

Capital Federal, 31 de janeiro de 1893, 5º da Republica.

Floriano Peixoto.

Fernando Lobo.

ANEXO C- DECRETO n. 1.132/1903**DECRETO N. 1132 - DE 22 DE DEZEMBRO DE 1903***Reorganiza a Assistencia a Alienados*

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a resolução seguinte:

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita.

Art. 2º A admissão nos asylos de alienados far-se-ha mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade publica ou algum particular.

§ 1º No primeiro caso, a autoridade juntará á requisição:

a) uma guia contendo o nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, côr, profissão, domicilio, signaes physicos e physiomicos do individuo suspeito da alienação, ou a sua photographia, bem como outros esclarecimentos, quantos possa colligir e façam certa a identidade do enfermo;

b) uma exposição dos factos que comprovem a alienação, e dos motivos que determinaram a detenção do enfermo, caso tenha sido feita, acompanhada, sempre que possivel, de attestados medicos affirmativos da molestia mental;

c) o laudo do exame medico-legal, feito pelos peritos da Policia, quando seja esta a requisitante.

§ 2º No segundo caso, sendo a admissão requerida por algum particular, juntará este ao requerimento, além do que os regulamentos especiaes a cada estabelecimento possam exigir:

a) as declarações do § 1º, letra a, documentadas quanto possivel;

b) dous pareceres de medicos que hajam examinado o enfermo 15 dias antes, no maximo, daquelle em que for datado o requerimento, ou certidão de exame de sanidade.

Art. 3º O enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicilio, sempre que lhe forem subministrados os cuidados necessarios.

Paragrapho unico. Si, porém, a molestia mental exceder o periodo de dous mezes, a pessoa que tenha á sua guarda o enfermo communicará o facto á autoridade competente, com todas as occurrencias relativas á molestia e ao tratamento empregado.

Art. 4º Salvo o caso de sentença, no qual logo será dada curatela ao alienado, a autoridade policial providenciará, segundo as circumstancias, sobre a guarda provisoria dos bens deste, communicando immediatamente o facto ao juiz competente, afim de providenciar como for de direito.

Art. 5º Em qualquer ocasião será permittido ao individuo internado em estabelecimento publico ou particular, ou em domicilio, reclamar, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade, ou denunciar a falta dessa formalidade.

Art. 6º Salvo o caso de perigo imminente para a ordem publica ou para o proprio enfermo, não será recusada sua retirada de qualquer estabelecimento, quando pedida por quem requereu a reclusão.

Art. 7º Quando recusada, naquelle caso, a sahida, o director do estabelecimento dará incontiente, em relatorio, á autoridade competente as razões da recusa, para o julgamento de sua procedencia.

Art. 8º Evadindo-se qualquer alienado de asylo publico ou particular, sómente poderá ser reinternado, sem nova formalidade, não havendo decorrido da evasão 15 dias.

Art. 9º Haverá acção penal, por denuncia do Ministerio Publico em todos os casos de violencia e attentados ao pudor, praticados nas pessoas dos alienados.

Art. 10. E' prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos.

Paragrapho unico. Onde quer que não exista hospicio, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial.

Art. 11. Emquanto não possuirem os Estados manicomios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.

Art. 12. O Ministro da Justiça e Negocios Interiores, por intermedio de uma commissão composta, em cada Estado e no Districto Federal, do procurador da Republica, do curador de orphãos e de um profissional de reconhecida competencia, designado pelo Governo, fará a suprema inspecção de todos os estabelecimentos de alienados, publicos e particulares, existentes no paiz.

Art. 13. Todo hospicio, asylo ou casa de saude, destinado a enfermos de molestias mentaes, deverá preencher as seguintes condições:

1ª ser dirigido por profissional devidamente habilitado e residente no estabelecimento;

2ª installar-se e funcionar em edificio adequado, situado em logar saudavel, com dependencias que permittam aos enfermos exercicios ao ar livre;

3ª possuir compartimentos especiaes para evitar a promiscuidade de sexos, bem como para a separação e classificação dos doentes, segundo o numero destes e a natureza da molestia de que soffram;

4ª offerecer garantias de idoneidade, no tocante ao pessoal, para os serviços clinicos e administrativos.

Art. 14. Quem quer que pretenda fundar ou dirigir uma casa de saude destinada ao tratamento de alienados deverá requerer ao Ministerio do Interior ou aos presidentes ou governadores dos Estados a devida autorização.

Art. 15. O requerente annexará á sua petição:

1º documentos tendentes a provar que o local e o estabelecimento estão nas condições do art. 13;

2º o regulamento interno da casa de saude;

3º declaração do numero de doentes que pretenda receber;

4º declaração de receber ou não o estabelecimento apenas alienados, e de ser, no ultimo caso, o local reservado a estes inteiramente separado do destinado aos outros doentes.

Art. 16. Estando esses documentos e declarações em fôrma, e sendo pelo deferimento da petição a comissão inspectora, recolherá o peticionario aos cofres publicos a quantia que arbitrar o Governo para a fiscalização do estabelecimento, annualmente.

Art. 17. Pretendendo a direcção do estabelecimento elevar o numero primitivo de pensionistas, submeterá ao Governo, devidamente informada pela comissão inspectora, uma nova planta do edificio, provando que as novas construcções comportam, na conformidade requerida, os novos pensionistas.

Art. 18. Os directores de asylos de alienados, publicos ou particulares, enviarão mensalmente á comissão inspectora uma relação circumstanciada dos doentes internados no mez anterior.

Art. 19. Ao Governo da União incumbe manter a assistencia aos alienados do Districto Federal, havendo da Prefeitura do Districto a diaria dos doentes.

Paragrapho unico. A diaria dos alienados remettidos pelos Estados será paga por estes, e pelos respectivos paizes a dos alienados estrangeiros.

Art. 20. O pessoal da Assistencia aos Alienados no Districto Federal compor-se-ha: no Hospicio Nacional, de um director, superintendendo o serviço clinico e administrativo, quatro alienistas effectivos, um adjunto, um cirurgião-gynecologista, um pediatra, um medico do pavilhão de molestias infecciosas, um opthalmologista, um director do laboratorio anatomopathologico, um assistente do mesmo, um chefe dos serviços kinesotherapicos, um dentista, quatro internos effectivos, um pharmaceutico, um administrador, um archivista, um primeiro, um segundo, um terceiro e um quarto escripturarios, um continuo e um porteiro; e nas colonias de alienados: de um director, que será medico, um alienista effectivo, um adjunto, um pharmaceutico, um almoxarife, um primeiro e um segundo escripturarios. No pavilhão de admissão, onde funcçãoará a secção de clinica psychiatrica da Faculdade de Medicina, haverá um alienista, director do mesmo pavilhão, cabendo o exercicio deste cargo ao lente da cadeira de psychiatria e de molestias nervosas.

Paragrapho unico. O almoxarife do Hospicio passará a exercer o cargo de administrador.

Art. 21. Serão providos mediante concurso os cargos de alienista-adjunto, de pediatra, de medico do pavilhão de molestias infecciosas, de assistente do laboratorio histo-chimico e de interno, devendo ser preferido no provimento de todos esses cargos, com excepção dos dous ultimos, o concurrente que haja exercido o cargo de assistente ou preparador das Faculdades de Medicina do paiz.

Art. 22. As infracções desta lei serão punidas com as penas de prisão até oito dias e de multa de 500\$ a 1:000\$, além das mais em que, pelas leis anteriores, incorra o infractor.

Paragrapho unico. Ao director reincidente será cassada a autorização para funcionar o estabelecimento.

Art. 23. Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 1903, 15^o da Republica.

Francisco DE Paula Rodrigues Alves.

J. J. Seabra.

Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 1903. - J. J. Seabra.

ANEXO D- DECRETO N. 5.148 A - DE 10 DE JANEIRO DE 1927**DECRETO N. 5.148 A - DE 10 DE JANEIRO DE 1927***Reorganiza a Assistencia a Psychopathas no Districto Federal*

O presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono, a resolução seguinte:

Art. 1º A pessoa que, em consequencia de doença mental, congenita ou adquirida, attentar contra a propria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou offender a moral publica, será recolhida a estabelecimento apropriado para tratamento.

§ 1º Só se tornará effectiva, entretanto, a reclusão, na parte fechada de estabelecimento dessa especie, publico ou particular, depois de provada a alienação mental do paciente ou a impossibilidade de conseguir que elle se submetta ao tratamento que a observação preliminar do caso aconselhar.

§ 2º Si a ordem publica exigir a admissão urgente de um psychopatha, alienado ou não, na parte fechada do estabelecimento publico ou particular apropriado a tratamento, provisoria será a admissão em taes secções, devendo o director do estabelecimento, dentro de vinte e quatro horas communicar, á commissão fiscalizadora de taes casas, todo o occorrido, instruindo o relatorio com a observação que houver sido feita, na qual porá seu visto pelo menos um dos membros da mesma commissão.

Art. 2º O psychopatha, alienado ou não, poderá ser tratado em domicilio proprio ou de outrem, sempre que lhe forem administrados os cuidados que se fizerem mistér.

Parapho unico. Si, porém, a doença mental exceder de dous mezes e se tornar perigosa á ordem publica ou á vida do proprio doente ou de outrem, a pessoa que tenha á sua guarda o enfermo communicará o facto á commissão inspectora, com todas as occurrencias relativas á doença e ao tratamento empregado.

Art. 3º Em qualquer occasião será permittido a qualquer pessoa, internada em estabelecimento publico ou particular, ou em domicilio, reclamar a quem de direito, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade mental, por medicos estranhos ao estabelecimento ou casa de fraude em que ella se ache.

Art. 4º Salvo o caso de imminente perigo para a ordem publica, para o proprio enfermo ou para outrem, não será recusada sua retirada de qualquer estabelecimento, quando requerido por quem pediu a sua admissão.

Art. 5º Quando naquella casa, recusada a sahida, o director do estabelecimento dará incontinente, em relatorio, á autoridade competente, as razões da recusa, para o julgamento de sua procedencia.

Art. 6º Evadindo-se qualquer psychopatha de um estabelecimento publico ou particular, poderá ser readmittido sem nova formalidade, não havendo decorrido mais de 30 dias de sua evasão, e si persistirem os motivos da admissão anterior.

Art. 7º E' prohibido manter psychopathas em cadeias publicas ou entre criminosos.

Parapho unico. Onde quer que não exista manicomio nem secção de hospital commum destinada a delirantes, a autoridade competente fará alojar o paciente de perturbação mental em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial.

Art. 8º Enquanto não possuírem os Estados manicômios judiciais, os psychopathas delinquentes e os condemnados psychopathas sómente poderão permanecer em manicômios publicos. nos pavilhões que especialmente lhes forem reservados.

Art. 9º - Vetado.

Art. 10. Todo hospital, asylo ou casa de saude destinado a enfermos de doenças mentaes, deverá preencher as seguintes condições:

§ 1º Ser dirigido por medico ou medicos, devidamente habilitados.

§ 2º Instalar-se e funcionar em edificio adequado, situado em logar saudavel, com dependencias que permittam exercicios ao ar livre.

§ 3º Possuir compartimentos especiaes para evitar a promiscuidade de sexos, bem como para separação e classificação dos doentes, segundo o numero destes e a natureza da doença de que soffram.

§ 4º Offerecer garantias de idoneidade no tocante ao pessoal, para os serviços clinicos e administrativos.

§ 5º Ter durante as vinte e quatro horas, um ou mais medicas, de plantão.

Art. 11. Quem quer que pretenda fundar ou dirigir uma casa de saude destinada ao tratamento de psychopathas deverá requerer ao Ministerio do Interior ou aos Presidente ou Governadores dos Estados a devida autorização.

Art. 12. Anexará o requerente a sua petição:

§ 1º Documentos tendentes a provar que o local e o estabelecimento estão nas condições do art. 10.

§ 2º O regulamento interno da casa de saude.

§ 3º Declaração do numero de doentes que pretende receber.

§ 4º Declaração de receber ou não o estabelecimento apenas psychopathas e de ser, no ultimo caso, o local a estes reservado inteiramente separado do destinado aos outros doentes.

Art. 13. Estando esses documentos e declarações em fôrma, e sendo pelo deferimento da petição a comissão inspectora, recolherá o petionario aos cofres publicos a quantia que arbitrar annualmente o Governo para a fiscalização do estabelecimento.

Art. 14. Pretendendo a direcção do estabelecimento elevar o numero primitivo de pensionistas, ao Governo submeterá devidamente informada pela comissão inspectora uma nova planta do edificio, provando que as novas construcções comportam, na conformidade requerida, os novos pensionistas.

Art. 15. Os directores de estabelecimentos publicas ou particulares para psychopathas enviarão mensalmente á comissão inspectora uma relação circumstanciada dos doentes internados no mez anterior.

Art. 16. Ao Governo da União incumbe manter a assistencia aos psychopathas no Districto Federal, dependente directa e exclusivamente do Ministro da Justiça e Negocios Interiores, havendo da Prefeitura do Districto Federal a diaria dos doentes desvalidos ou indigentes.

Parapho unico. A diaria dos doentes remetidos pelos Estados será paga por estes, e, pelos respectivos paizes, a dos estrangeiros, no caso de accôrdo ou reciprocidade; a dos pensionistas particulares será paga pelos respectivos internantes ou responsaveis.

Art. 17. A assistencia a psyehopathas no Districto Federal terá nos seus manicômios o seguinte pessoal de nomeação do Governo, com os vencimentos da tabella annexa ao regulamento da presente lei:

Um psychiatria-director geral superintendente de todos os serviços clinicos, technicos, e administrativos da Assistencia no Districto Federal e em particular os do Hospital Nacional de Psychopathas; vice-director do hospital, que será o psychiatria cem maior tempo de serviço medico, como funcionario do quadro, na Assistencia; um director do Instituto de Psychopathologia, que será o professor de psychiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; um psychiatria director do Instituto de Neurobiologia; onze psychiatras, dos quaes serão designados pelo director geral os que devam servir no Hospital e nas Colonias; um medico chefe dos serviços da assistencia social; seis medicos assistentes effectivo, dous cirurgiões; um ophtalmologista; um oto-rhino-laryngologista; um dermatosyphiligrapho; um medico physiotherapeuta, director do Instituto de Physiotherapia e dois medicos physiotherapeutas encarregados do serviço de hydrotherapia, electrotherapia, kinesitherapia, phototherapia, comprehendendo a heliotherapia, thermotherapia, radiologia e radiumtherapia; um dentista. No Hospital Nacional de Psychopathas; um administrador geral; um chefe de secretaria; um primeiro official; um segundo official; um terceiro official; um quarto official; cinco amanuenses; duas dactylographas; um guarda-livros; um pharmaceutico-chefe; um sub-administrador; um ajudante do pharmacia; um dispenseiro, um continuo e um porteiro. Em cada Colonia: um psychiatria director; tantos psychiatras quantos o director geral da Assistencia designar, de accôrdo com as exigencias do serviço; um chefe de laboratorio de pesquisas clinicas; um cirurgião e um dentista, na de homens; uma cirurgiã, gynecologista, um dentista, na de mulheres; um pharmaceutico e ajudante, um administrador, um primeiro e um segundo officiaes; dous amanuenses. No Manicomio Judiciario : um psychiatria director; um assistente designado pelo director geral; um zelador; um escripturario; um amanuense e tres cobradores, cada um com a porcentagem de 10 % (dez por cento) a que teem direito.

Art. 18. Serão providos por decreto os logares da Assistencia, obrigatoria e effectivamente exercidos por medicos, e o de administrador geral e o chefe da secretaria do hospital. Os demais funcionarios de que trata o artigo antecedente serão nomeados por portaria do Ministerio da Justiça e Negocios Interiores.

§ 1º Depende de concurso o provimento de assistentes effectivos da Assistencia a psychopathas, devendo ser preferido o concurrente que houver exercido o internato effectivo no hospital Nacional ou nas clinicas psychiatria e de doenças nervosas das Faculdades de Medicina da Republica.

§ 2º Os psychiatras serão nomeados entre os assistentes effectivos, sendo preenchida uma vaga por merecimento e outra por antiguidade.

§ 3º O merecimento será julgado, por maioria de votos, por um conselho composto dos alienistas á vista de trabalhos originaes que houverem publicado, de preferencia nos dominios das doenças nervosas e mentaes, os candidatos ás vagas occurrentes.

§ 4º A antiguidade será computada pelo tempo de serviço no respectivo cargo, attendendo-se, no caso de igualdade no mesmo cargo, ao tempo do serviço em interinidade na Assistencia, bem como o de serviço effectivo de internato do Hospital ou da clinica psychiatria ou nos ambulatorios annexos ás dependencias da Assistencia.

§ 5º Deverão ser preferidos para os cargos de cirurgiões, ophtalmologista, dermatosyphiligrapho e oto-rhino-laryngologista e tres physiotherapeutas que conheçam bem hydrotherapia, phototherapia, electrotherapia, radiologia, ionotherapia e que tenham exercido o cargo de physiotherapeuta em algum

estabelecimento, aqui ou no estrangeiro, os medicos que se tenham distinguido por estudos destas especialidades applicadas á neurologia e á psychiatria.

§ 6º Para o provimento do cargo de psychiatra director do Instituto Neurobiologico, escolher-se-ha entre os psychiatras quem se tiver especializado na materia, publicado trabalhos de valor notorio, a juízo da maioria dos outros psychiatras da Assistencial.

Havendo mais de um pretendente ao lugar, o Governo mandará pol-o em concurso, para o qual só poderão inscrever-se os psychiatras e assistentes da Assistencia a Psychopathas no Districto Federal.

Si nenhum psychiatra ou assistente fôr candidato no cargo, mandará o Governo effectuar o concurso a que poderá concorrer qualquer medico.

§ 7º Para provimento dos logares de director geral da Assistencia, de director de Colonia e de director do Manicomio Judiciario, o Governo mandará effectuar uma eleição entre os chefes de serviço, na qual tornará parte a maioria dos medicos da Assistencia, só podendo ser votados os que forem psychiatras.

Uma lista dos tres mais votados em tres escrutínios será remettida no mesmo dia ao Ministerio da Justiça e Negocios Interiores, afim de que dentre elles seja escolhido o que deverá ser nomeado.

§ 8º A lista triplice, a que se refere o § 7º, deverá ser acompanhada da acta da sessão respectiva, assignada pelos medicos presentes á eleição.

Art. 19. Além do pessoal de nomeação do Governo, terá a Assistencia nomeados pelo director geral dez assistentes contractados, conservadores technicos, seis internos effectivos, inspectores, enfermeiros, guardas, serventes, de accôrdo com as exigencias do serviço e de nomeação do director geral, dos directores de Colonia e do administrador geral do Hospital Nacional.

Art. 20. Os logares de interno effectivo do Hospital Nacional serão preenchidos por nomeação do director geral, após concurso entre alumnos das Faculdades de Medicina da Republica que ao menos tenham sido approvados nos exames da 5ª série medica.

§ 1º Si assim o exigirem as necessidades do serviço, poderá o director geral nomear até mais oito internos extranumerarios, sem direito á remuneração, alumnos da Faculdade de Medicina que tenham sido approvados nas materias do 4º anno medico.

§ 2º Os internos do Hospital e do Manicomio Judiciario não poderão exercer identicas funcções em outros hospitaes, dispensarios ou ambulatorios.

Art. 21. As infracções dos preceitos desta lei serão punidas com as seguintes penas, sem prejuizo de outras capitulações no Codigo Penal:

1º, multa de 500\$000, imposta pela commissão inspectora;

2º, multa de 500\$000 a 1:000\$000, ou prisão até oito dias, imposta pelo Ministerio da Justiça;

3º, na falta de pagamento destas multas dentro do prazo que fôr determinado, serão ellas cobradas executivamente pela Procuradoria da Republica.

Parapho unico. Ao director reincidente poderá ser cassada a autorização para funcionar o estabelecimento particular.

Art. 22. Para a execução da presente lei, o Poder Executivo expedirá os precisos regulamentos em que tambem serão consignadas as medidas convenientes para a inspecção dos serviços de assistencia a psychopathas e a admissão dos referidos doentes nos estabelecimentos publicas e particulares.

Parapho unico. Fica o Poder Executivo autorizado a abrir para isso os necessarios creditos, provendo equitativamente á remuneraçã dos technicos e chefes de serviço, de accôrdo com os institutos scientificos do paiz.

Art. 23. Os empregados do quadro, de nomeaçã do director geral, do administrador geral do Hospital Nacional, dos directores de Colonias e do Manicomio Judiciario, terã seus vencimentos accrescidos de vinte mil réis mensaes e taes vencimentos na proporçã de dous terços do ordenado e um terço de gratificaçã.

Art. 24. Os profissionaes e funcionarios outros, de qualquer categoria, que prestarem seus serviços á Assistencia a Psychopatas, no Hospital Nacional, nas Colonias e no Manicomio Judiciario, deverão optar pelos vencimentos de uma só das funcções, caso percebam pelos cofres publicos de outro cargo que exerçam, ficando absolutamente vedada a remuneraçã accumulada.

Art. 25. Vetado.

Art. 26. Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, em 10 de janeiro de 1927, 106º Independencia e 39º da Republica.

WASHINGTON LUIS P. DE SOUSA.

Augusto de Vianna do Castello.

Rio de Janeiro, em 10 de janeiro de 1927.

Vianna do Castello.

ANEXO E- DECRETO N. 24.559/1934**DECRETO N. 24.559 - DE 3 DE JULHO DE 1934**

Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

O Chefe do Govêrno Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, usando das atribuições que lhe confere o art. 1º do decreto n. 19.398, de 11 de novembro de 1930,

decreta:

Art. 1º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

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

§ 1º O presidente nato do Conselho é o ministro da Educação e Saúde Pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas.

§ 2º Ao Conselho incumbirá:

I - Estudar os problemas sociais relacionados com proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Govêrno as medidas que devam ser tomadas para benefício destes, coordenando iniciativas e esforços nêsse sentido.

II - Auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental e cooperar com organizações públicas ou particulares de fins humanitários, especialmente instituições de luta contra os grandes males sociais.

Art. 3º A proteção legal e a prevenção a que se refere o art.1º dêste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social.

§ 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria familia ou, de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.

§ 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a êles destinados ou em secções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos dêsse gênero.

§ 3º Não é permitido manter doentes com disturbios mentais em hospitais de clínica geral a não ser nas secções especiais de que trata o parágrafo único do art. 4º.

§ 4º Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém, o disposto no art. 10.

§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

Art. 4º São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins dêste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social.

Parágrafo único. Êsses estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares deverão:

a) ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, dispôr de pessoal idôneo moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente;

b) estar convenientemente instalados em edifícios adequados, com dependências que permitam aos doentes completa separação dos sexos convenientes distribuição de acôrdo também com as suas reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre:

c) dispôr dos recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos.

Art. 5º É considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas, ou quem tiver, pelo menos durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, autorizado.

Art. 6º Quem pretender fundar estabelecimento psiquiátrico deverá requerer ao ministro da Educação e Saúde Pública a necessária autorização, anexando à petição os seguintes documentos:

a) provas de que o estabelecimento preenche as condições exigidas no parágrafo único do art. 4º;

b) declaração do número de doentes que poderá comportar;

c) declaração de que o mesmo observará o regime aberto, ou mixto, e receberá sòmente 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 Inspecora, recolherá o requerente aos cofres públicos a taxa anual de fiscalização estipulada pelo Govêrno, de acôrdo com a alínea b, dêste artigo.

§ 2º Quando a direção de um estabelecimento psiquiátrico pretender aumentar a lotação dos doentes, submeterá ao ministro, devidamente informado pela Comissão Inspecora, e respectiva Repartição de Engenharia, a documentação comprobatória de que as novas construções permitirão o acrcescimo 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 Inspecora o respectivo exame, quando entender conveniente.

Art. 7º Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quando ao regimen, em abertos, fechados e mixtos.

§ 1º O estabelecimento aberto, ou a parte aberta do estabelecimento mixto, destinar-se-á a receber:

a) os psicopatas, os toxicómanos e intoxicados habituais referidos no § 5º do art. 3º que necessitarem e requererem hospitalização.

b) os psicopatas, os toxicómanos e intoxicados habituais que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrarem, necessitarem de internação e não a recusarem de modo formal;

c) os indivíduos suspeitos de doença mental que ameacem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização;

d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.

§ 2º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento mixto, acolherá:

a) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que, por suas reações perigosas, não devam, permanecer em serviços abertos;

b) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária.

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

Art. 8º Afim de readaptar à vida social os psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime de família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência hetero-familiar.

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, fôr inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10. O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11 A internação de psicopatas toxicómanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do conjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

§ 1º Para a internação voluntária, que somente Poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento mixto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova da maioria do requerente e de ter se avistado com o internando há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-há por ordem do juiz.

§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica serão sujeitos a exame na Secção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia.

Art. 12. Serão documentos exigidos para toda, internação, salvo nos casos previstos neste decreto: atestado médico, que será dispensado somente quando se tratar de ordem judicial, o certificado de idoneidade de internando.

§ 1º O atestado médico poderá ser substituído por guia do médico da Secção da Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, do chefe de qualquer dispensário da assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental ou do médico do respectivo hospital.

§ 2º Não poderá lavrar o atestado ou a guia de que trata êste artigo o médico que :

- a) não tiver diploma registrado na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social;
- b) requerer a internação;
- c) fôr parente consanguíneo ou afim em linha, reta ou colateral até o segundo grau, inclusive, do internando;
- d) fôr sócio comercial ou industrial do internando.

§ 3º Êsses atestados ou guias só terão valor se apresentados dentro de 15 dias, a contar da data em que tiverem sido firmados, não poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente.

§ 4º Êsses documentos deverão declarar quais as perturbações psíquicas ou manifestações suspeitas do paciente, que justifiquem a necessidade ou conveniência de sua internação.

§ 5º O certificado de identidade deverá conter nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, côr, profissão, estado civil, residência, e outros esclarecimentos que também possam servir para respectiva comprovação.

Art. 13. A admissão de enfermo proveniente de outro estabelecimento psiquiátrico só poderá efetuar-se, se o requerente apresentar:

I, cópia legalizada dos documentos da primeira admissão;

II, atestado do estabelecimento donde provier o doente, afirmando que o mesmo continua a necessitar de tratamento em estabelecimento psiquiátrico e declarando qual o seu regime de hospitalização.

Parágrafo único. Na falta dessa documentação comprobatória, deverão ser observadas as exigências estabelecidas para primeira internação.

Art. 14. Nos casos urgentes, em que se tornar necessário, em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá êle ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestação médica, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata.

Parágrafo único. O certificado de identidade e o requerimento do representante do doente deverão, porém, ser apresentados no prazo de 48 horas.

Art. 15. Todo estabelecimento psiquiátrico deverá inscrever em livro rubricado pela Comissão Inspectora o nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, côr, profissão, estado civil e residência do indivíduo admitido, data da sua entrada, todos os documentos relativos à internação, e nome e residência das pessoas por êle, responsáveis.

Parágrafo único. Neste registro a Comissão Inspectora consignará as observações que entender necessárias.

Art. 16. Uma vez hospitalizado, deverá o paciente ser imediatamente examinado pelo médico de plantão, que redigirá uma nota clínica, tão minuciosa quanto possível, visando o estado somático e mental do internado, e fazendo, especialmente, ressaltar a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis.

Art. 17. A observação de cada hospitalizado deverá ser mantida sempre em dia, com o histórico da sua afecção e a exposição do tratamento seguido.

Art. 18. No caso de sua transferência da parte aberta para a fachada do mesmo estabelecimento, será exigida guia do médico de serviço, que contenha as informações fornecidas pelo doente e pela família, os dados resultantes do exame

psíquico e somático, bem como os motivos que justifiquem essa mudança de regime.

Art. 19. Ao psicopata, toxicomano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública.

Parágrafo único. Negada a alta, o diretor do estabelecimento enviará imediatamente um relatório à Comissão Inspetora, expondo as razões da recusa.

Art. 20. Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou mixto, qualquer paciente, depois de concedida alta pelo médico assistente, com exceção dos internados judiciais, dos que forem enviados com a nota de detido pelas autoridades policiais ou militares e dos que forem internados pelas corporações militares. A alta será imediatamente comunicada, para os devidos fins, às respectivas autoridades, que deverão providenciar, sem demora, sobre a retirada do paciente.

Art. 21. Salvo o caso de iminente perigo para a ordem pública, para o próprio paciente ou para outros, não será recusada a retirada do internado em qualquer estabelecimento quando requerida:

- a) pela pessoa que pediu a internação;
- b) por cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maioridade até o 4º grau inclusive, na falta daqueles;
- c) por curador ou tutor.

§ 1º O requerente deverá responsabilizar-se pelo tratamento e cuidados exigidos pelo estado mental do paciente.

§ 2º Quando as pessoas acima referidas divergirem relativamente à retirada, será esse fato comunicado à Comissão inspetora para decidir.

§ 3º Quando for recusada a retirada, o diretor do, estabelecimento comunicará, imediatamente, à Comissão Inspetora os motivos da recusa.

§ 4º Quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si próprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação.

Art. 22. O diretor do estabelecimento, quando a alta não se justificar, poderá, após informe do médico assistente sobre o estado do psicopata, conceder-lhe licença pelo prazo máximo de seis meses, se for requerida.

§ 1º O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes:

- I - Promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar;
- II - Promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábitos;
- III - Averiguar o estado de cura definitiva colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais;
- IV - Precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

§ 2º Quer a licença requerida, quer a de experiência dispensarão as formalidades de reentrada, salvo se esta não se realizar findo o respectivo prazo.

§ 3º Quando não houver inconveniente, o médico assistente poderá prorrogar a licença e neste caso subsistirá válida por igual tempo a primeira matrícula.

Art. 23. Qualquer psicopata evadido de estabelecimento público ou particular poderá ser readmitido, independentemente de novas formalidades, antes de decorridos mais de trinta dias da sua fuga, persistindo os motivos da anterior admissão.

Art. 24. O diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou mixto, enviará mensalmente à Comissão Inspetora um boletim do movimento de entradas e saídas no mês anterior, devendo também comunicar-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas no mesmo estabelecimento.

Art. 25. O serviço de profilaxia mental destina-se a concorrer para a realização da profilaxia das doenças nervosas e mentais, promovendo o estudo das causas destas doenças no Brasil, e organizando-se como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva.

§ 1º Para segurança dessas finalidades, o Govêrno providenciará no sentido de serem submetidos a exame de sanidade os estrangeiros que se destinarem a qualquer parte do territorio nacional, e os que requererem naturalização, sendo que, neste caso, o exame deverá precisar, especialmente, o estado neuro-mental do requerente.

§ 2º Os portadores de qualquer doença mental ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados, mediante acôrdo com os govêrnos dos respectivos países de origem.

DA PROTEÇÃO Á PESSÔA E BENS DOS PSICOPATAS

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

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

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

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

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

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

§ 4º As medidas previstas neste artigo, salvo a de interdição, serão promovidas em segredo de justiça.

Art. 28. Ao administrador provisório, bem como ao curador, poderá o juiz abonar uma remuneração razoável tendo sempre em vista a natureza e extensão dos encargos e as possibilidades econômicas do psicopata.

§ 1º O administrador provisório e o curador são obrigados a prestar contas trimestralmente, sob pena de destituição ex-officio, à autoridade judiciária competente, contas que deverão ser devidamente documentadas e acompanhadas de exposição detalhada sobre o desempenho das funções, o estado e a situação dos bens do psicopata, salvo o caso do art. 455 do Código Civil.

§ 2º A administração provisória e a curatela cabem às pessoas designadas no art. 454 do Código Civil.

§ 3º No despacho que nomear o administrador provisório ou na sentença que, decretar a interdição, o juiz, tendo em conta o estado mental do psicopata, em face das conclusões da perícia médica, determinará os limites da ação do administrador provisório ou do curador, fixando assim, a incapacidade absoluta ou relativa do doente mental.

§ 4º De decisão que decretar, ou não, a administração provisória ou a curatela, caberá recurso de agravo de instrumento.

Art. 29. Os psicopatas egressos dos estabelecimentos psiquiátricos da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, bem como os atendidos nos seus dispensários psiquiátricos e que não tiverem sido internados, serão amparados e orientados pela seção de Assistência Social do Serviço de Profilaxia Mental.

Art. 30. Será sempre permitido a qualquer pessoa mantida em domicílio ou internada em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, reclamar e quem de direito, por si ou por outros, novo exame de sanidade mental, o qual, no último caso, não poderá ser feito por médicos do estabelecimento em que a pessoa se achar.

Art. 31. A correspondência dos internados dirigida a qualquer autoridade, não poderá ser violada pelo pessoal do estabelecimento, o qual será obrigado a fazê-lo seguir a seu destino sem procurar conhecer do conteúdo da mesma.

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

§ 1º Junto à Comissão Inspetora servirá como secretário um funcionário do Ministério da Educação e Saúde Pública, designado pelo Ministro.

§ 2º Nos Estados a Comissão Inspetora é constituída do Procurador da República, do juiz federal e de um psiquiatra ou de um médico que se tenha revelado cultor desta especialidade, nomeado pelo Governo do Estado.

§ 3º Para os estabelecimentos particulares, as infrações dos preceitos deste decreto serão punidas com multa de 200\$000 a 2:000\$000, imposta pela Comissão Inspetora no Distrito Federal e pela dos Estados, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Código Penal.

§ 4º No caso de reincidência da direção de estabelecimento particular, poderá ser cassada pelo Ministro da Educação e Saúde Pública a autorização para o seu funcionamento, mediante proposta da Comissão Inspetora.

§ 5º Na falta de pagamento da multa que deverá ser recolhida ao Tesouro Nacional dentro do prazo de 5 dias, será ela cobrada executivamente, como renda da União.

Art. 33. Quando o paciente, internado em qualquer estabelecimento psiquiátrico, for possuidor de bens ou receber rendas ou pensões de qualquer natureza, não tendo tutor ou curador, a respectiva direção comunicará, sem demora, êsse fato à Comissão Inspetora, para que esta providencie no sentido de acautelar aquêlê patrimônio, na conformidade das disposições do presente decreto.

Art. 34. Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 3 de julho de 1934, 113º da Independência e 46º da República.

Getulio Vargas.

Washington Ferreira Pires.

Francisco Antunes Maciel.

ANEXO F- DECRETO-LEI N. 3.138, DE 24 DE MARÇO DE 1941**DECRETO-LEI N. 3.138 - DE 24 DE MARÇO DE 1941**

Dispõe sobre a prestação de assistência médica, pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, dos doentes mentais que forem seus segurados ou associados.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição,

decreta:

Art. 1º Os Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões prestarão assistência médica, com internação, aos seus associados, ou segurados, que forem acometidos de doenças mentais.

Parágrafo único. Os Institutos e Caixas que ainda não prestem assistência médico-hospitalar observarão as disposições do presente decreto-lei quando da organização da referida assistência.

Art. 2º A assistência médica aos associados acometidos de doenças mentais será prestada onde houver estabelecimentos idôneos, na conformidade das instruções que, para execução do presente decreto-lei, expedir o Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio.

§1º As internações serão feitas em serviços especializados, por prazo não superior a doze meses, contados da data da admissão do doente, devendo ser revistas bianualmente as respectivas tabelas de preços.

§ 2º Decorridos, no máximo, noventa dias de observação, e previsto que o associado não ficará curado no prazo de um ano, o Instituto, ou Caixa, que não operar em seguro-doença promoverá a concessão da aposentadoria por invalidez a que ele tiver direito.

Art. 3º As despesas com a assistência de que trata o presente decreto-lei correrão pelas verbas normais destinadas aos serviços médico-hospitalares dos Institutos e Caixas, observados os limites fixados na legislação em vigor.

Parágrafo único. Quando as verbas autorizadas não bastarem para atender ao custeio da assistência a que se refere este artigo o Instituto, ou Caixa, mediante justificção documentada, deverá pedir o reforço necessário, o qual não poderá ter outra qualquer aplicação.

Art. 4º Os casos omissos e as dúvidas que se suscitarem na execução do presente decreto-lei serão resolvidos pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio.

Art. 5º O presente decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Ficam revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 24 de março de 1941, 120º da Independência e 53º da República.

Getúlio Vargas.
Waldemar Falcão.

ANEXO G- DECRETO-LEI N. 8.550 - DE 3 DE JANEIRO DE 1946**DECRETO-LEI N. 8.550 - DE 3 DE JANEIRO DE 1946**

Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar Acôrdos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 180 da Constituição,

decreta:

Art. 1º Fica o Ministério da Educação e Saúde autorizado a celebrar Acôrdos com os Estados, visando a intensificação da assistência psiquiátrica nas regiões em que os estudos procedidos pelo órgão especializado do Departamento Nacional de Saúde revelarem deficiências.

Art. 2º Os Acôrdos disciplinarão a matéria relativa à construção, instalação e funcionamento de hospitais e serviços psiquiátricos nos Estados, obedecido o disposto no Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, e no Decreto-lei nº 7.055, de 18 de novembro de 1944, atendidas as bases seguintes:

- I - Caberá ao Estado, quando fôr o caso, dar terreno para as edificações;
- II - Os projetos de construção serão aprovados pela União;
- III - As despesas de construção e instalação serão custeadas pela União e pelo Estado, na proporção que fôr fixada;
- IV - As despesas de funcionamento ficarão sob a exclusiva, responsabilidade do Estado;

V - A União fiscalizará a execução dos Acôrdos;

VI - A contribuição de uma das partes contratantes somente poderá, ser movimentada depois que a outra parte houver depositado a sua contribuição.

Parágrafo único. As bases dos Acôrdos serão previamente aprovadas pelo Presidente da República.

Art. 3º As contribuições em dinheiro, fixadas nos Acôrdos, serão depositadas no Banco do Brasil S.A e movimentadas na forma que fôr estipulada.

Parágrafo único. As despesas serão comprovadas perante o Ministro de Estado da Educação e Saúde.

Art. 4º Os créditos orçamentários e adicionais, destinados à execução dos Acôrdos, serão automaticamente registrados pelo Tribunal de Contas e distribuídos à Tesouraria do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde.

Parágrafo único. A Contadoria Seccional junto ao Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde providenciará, na época própria, para que sejam escrituradas em "restos a pagar" as importâncias não movimentadas na vigência, do exercício financeiro.

Art. 5º Fica aberto ao Ministério da Educação e Saúde o crédito especial de Cr\$ 5.100.000,00 para atender às despesas (Serviços e Encargos) a que se refere o presente Decreto-lei, tornando-se sem aplicação o crédito de igual quantia que no Orçamento Geral da União para 1945, foi concedido à Verba 3 - Serviços e Encargos, Consignação I - Diversos, Subconsignação 06 - Auxílios, contribuições e subvenções, 01 - Auxílios, 34 - Departamento Nacional de Saúde 15 - Serviço

Nacional de Doenças Mentais, 01 - Seção de Cooperação a) Desenvolvimento dos serviços de assistência a psicopatas fora do Distrito Federal.

Art. 6º Este Decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 3 de janeiro de 1946, 125º da Independência e 58º da República.

JOSÉ LINHARES.

Raul Leitão da Cunha.

J. Pires do Rio.

ANEXO H- LEI N. 10.216 - DE 6 DE ABRIL DE 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

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

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)