

08

CPS

Classificado de acordo com o art. 172
da Resolução 09/97, subsecretaria.
de Arquivo 04/11/2004

Chefe do Serviço de Arquivo de Proposições e Publicações



SENADO FEDERAL

RECEBADO

PROJETO DE LEI DA CÂMARA

Nº 08, DE 1991

(Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, na Câmara dos Deputados)

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

(Do Deputado Paulo Delgado)



SENADO FEDERAL

PAUTA DA CONVOCAÇÃO DA 7ª SESSÃO
LEGISLATIVA EXTRAORDINÁRIA DA
50ª LEGISLATURA

(4 a 29 de janeiro de 1999)

10256/99

A Comissão de Assuntos
Sociais. Em 18.2.91



Secretaria do Senado Federal	
SERVIÇO DE PROTOCOLO LEGISLATIVO	
PLC nº	08 de 1991
em	15/02/91
	

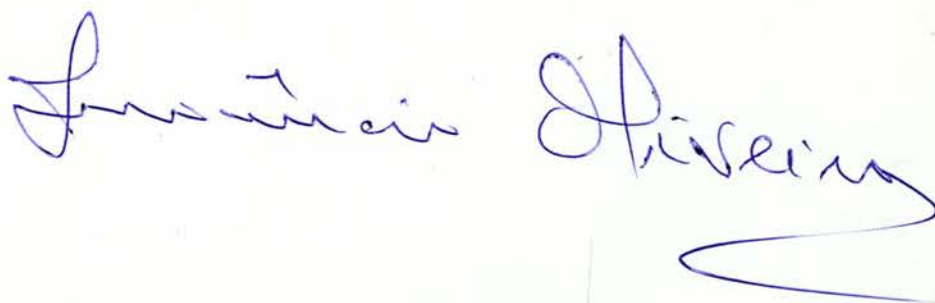
Of.PS/GSE-001/91

Brasília, 15 de janeiro de 1991.

Senhor Secretário,

Tenho a honra de enviar a Vossa Excelência, a fim de ser submetido à consideração do Senado Federal, o Projeto de Lei nº 3.657- , de 1989, que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

Aproveito a oportunidade para renovar a Vossa Excelência os protestos de estima e apreço.



A Sua Excelência o Senhor
Senador MENDES CANALE
DD. Primeiro Secretário do Senado Federal

SENADO FEDERAL
Protocolo Legislativo
P. L. G. 08/91
Fls. 01



Prejudicado
Em 15.12.98

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

§ 1º - Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no **caput** deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

§ 2º - Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

Art. 2º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

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

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

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

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

§ 1º - Define-se como internação psiquiátrica compulsória

SENADO FEDERAL
Processo Legislativo
P. L. E. 08/91
Fls. 02

sória aquela realizada sem o expresse desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º - Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

§ 3º - A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, em 15 de janeiro de 1991



SENADO FEDERAL
Protocolo Legislativo
P. L. C. 03/91
Fls. 03





SENADO FEDERAL
Protocolo Legislativo
P. L. C. 08/91

Fla. 04

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº 3.657-A, DE 1989

(Do Sr. Paulo Delgado)

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória; tendo pareceres: da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com emenda; e, da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação, com emenda.

(Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, a que se referem os pareceres.)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, com unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

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

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

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

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

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

§ 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 24 horas, sobre a legalidade da internação.

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

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei nº 24.559, de 3-7-34.

Justificação

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da "Lei Basaglia". A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção.

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incindiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto, desde

o paradigmático "Manual de Serviço", do antigo INPS, em 1973, de que foi co-autor o Prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da luta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão "disciplinar" e "controlar" a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo, de fato, a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, que os mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, científica de novas alternativas assistenciais. O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso "colapso" do atendimento à loucura, e permite à autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção.

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente), a instância judiciária intervem sistematicamente, cerceando o poder de sequestro de psiquiatra. No Brasil, da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas, deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-sequestro, e o respeito aos direitos do cidadão internado.

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar da única forma possível o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger, em parte, os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.

Sala das Sessões, de setembro de 1989. —
Deputado Paulo Delgado.

LEGISLAÇÃO CITADA, ANEXADA
PELA COORDENAÇÃO DAS
COMISSÕES PERMANENTES

DECRETO Nº 24.559,
DE 3 DE JULHO DE 1934

**Dispõe sobre a assistência e proteção à
pessoa e aos bens dos psicopatas.**

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 órgãos, 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 Pú-

blica e Higiene da Universidade do Rio de Janeiro, um representante do Instituto da Ordem dos Advogados, por este 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 Higiene 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.

Desta prescrição estão isentas as pensões dos menores interditos e outros, que, privados da direção de suas pessoas e da administração de seus bens, estejam sob tutela ou curadoria, como o determina o art. 7º do citado decreto. (DO de 9-6-54.)

Decreto nº 857, de 12 de novembro de 1951 —
Explica o art. 20 da Lei de 30 de novembro de 1941, relativo à prescrição da dívida ativa e passiva da Nação.

Art. 5º Quando o pagamento que se houver de fazer aos credores for dividido por prazo de meses, trimestres, ou semestres ou anos, e se der a negligência da parte dos mesmos credores, a prescrição se irá verificando a respeito daquele ou daqueles pagamentos parciais, que se forem compreendendo no lapso dos 5 anos, de sorte que por se ter perdido o direito a um pagamento mensal trimestral, semestral ou anual, não se perde o direito aos seguintes, a respeito dos quais ainda não tiver corrido o tempo da prescrição.

Art. 7º Os 5 anos não correm para a prescrição:

1º) contra aqueles que, dentro deles, não puderem requerer nem por si nem por outrem: tais são os menores, os desassistidos, e quaisquer outros que, privados da administração de suas pessoas e bens, estão sujeitos à tutela ou curadoria.

2º) Quando a demora for ocasionada por fato do Tesouro, Tesouraria ou Repartições, a que pertença fazer a liquidação, e reconhecimento das dívidas e efetuar o pagamento.

§ 2º Ao Conselho incumbirá:

I — estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Governo as medidas que devem ser tomadas para benefício destes, coordenando iniciativas e esforços nesse sentido;

II — auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental e cooperar com organizações públicas ou particulares de fins humanitários, especialmente as instituições de luta contra os grandes males sociais.

Art. 3º A proteção legal e a prevenção a que se refere o art. 1º deste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina legal.

§ 1º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência heterofamiliar do Estado ou em domicílio, da própria família 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 eles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimentos desse gênero.

§ 3º Não é permitido manter doente com distúrbios mentais em hospitais de clínica geral, a não ser nas seções especiais de que trata o parágrafo único do art. 4º

§ 4º Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém, o disposto no art. 10.

§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

Art. 4º São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem à hospitalização de doentes mentais e as seções operacionais com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas de educação e outros estabelecimentos de assistência social.

Parágrafo Único. Esses estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, deverão:

a) ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, dispor de pessoal idôneo, moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente;

b) estarem convenientemente instalados em edifícios adequados, com dependências que permitam aos doentes completa separação de sexos, conveniente distribuição, de acordo também com as suas reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre.

c) dispor dos recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos.

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 misto, e receberá somente psicopatas ou também outros doentes, precisando, neste caso, a inteira separação dos locais reservados a uns e outros.

§ 1º Deferido o requerimento, se tiver merecido parecer favorável da Comissão Inspectora; recolher, o requerente, aos cofres públicos a taxa anual de fiscalização estipulada pelo Governo, de acordo com a alínea b deste artigo.

§ 2º Quando a direção de um estabelecimento psiquiátrico pretender aumentar a lotação dos doentes, submeterá ao Ministro, devidamente informado pela Comissão Inspectora, e respectiva Repartição de Engenharia, a documentação

comprobatória de que as novas construções permitirão o acréscimo requerido.

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

Art. 7º Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quanto ao regime, em abertos, fechados e mistos.

§ 1º O estabelecimento aberto ou a parte aberta do estabelecimento misto, destinar-se-á a receber:

a) os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais referidos no § 5º do art. 3º que necessitarem hospitalização;

b) os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais, que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrem, 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 misto, acolherá:

a) os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos ou os que, por suas ações perigosas, não devem permanecer em serviços abertos;

b) os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar com a nota detido ou à disposição de autoridade sanitária.

(*) Ver a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, e o Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961.

§ 3º Nos casos de simples suspeitas de afecção mental serão devidamente internados em seções próprias antes da internação definitiva.

Art. 8º A fim de readaptar à vida social os psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime da família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter, nos seus arredores um serviço de assistência heterofamiliar.

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10. O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou 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, toxicômanos e intoxicados habituais em estabeleci-

mentos 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 cônjuge, 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 de dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as raízes determinantes da sua solicitação.

§ 1º Para a internação voluntária, que somente poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento misto, o paciente apresentará por escrito o pedido ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova de maioridade do requerente e de ter-se avistado com o internado há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-á por ordem do juiz.

§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica, serão sujeitos a exames na Seção 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, ou certificado de idoneidade do internado.

§ 1º O atestado médico poderá ser substituído por guia do médico da Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, do chefe de qualquer dispensário da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental ou do médico do respectivo hospital.

§ 2º Não poderá lavrar o atestado ou a guia de que trata este artigo o médico que:

a) não tiver diploma registrado na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social;

b) requerer a internação;

c) por parente consanguíneo ou afim em linha reta ou colateral até 2º grau, inclusive, do internando;

d) for sócio comercial ou industrial do internando.

§ 3º Esses atestados ou guias só terão valor se apresentados dentro de 15 dias, a contar da data em que tiverem sido firmados, e não poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente.

§ 4º Esses documentos deverão declarar quais as perturbações psíquicas ou manifestações suspeitas do paciente, que justifiquem a necessidade ou conveniência de sua internação.

§ 5º O certificado de identidade deverá conter nome; filiação, nacionalidade, idade, cor, profissão, estado civil, residência, e outros esclarecimentos que também possam servir para a respectiva comprovação.

Art. 13. A admissão do 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 com a necessidade 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 a primeira internação.

Art. 14. Nos casos urgentes, em que se tornar necessário, em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá ele ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestado médico, 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, cor, 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 ele responsáveis.

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 previsíveis.

Art. 17. A observação de cada hospitalizado deverá ser mantida sempre em dia, com o histórico de sua afecção e a exposição do tratamento seguido.

Art. 18. No caso de sua transferência da parte aberta para a fechada 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 somático, bem como os motivos que justifiquem essa mudança de regime.

Art. 19. Ao psicopata, toxicômano ou inebriado 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 um relatório à Comissão Inspectora, expondo as razões da recusa.

Art. 20. Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou misto, qualquer paciente, depois de concedida a alta pelo médico assistente, com exceção dos internados judiciais, dos que forem enviados com a nota de detidos 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 outrem, 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 Inspectora para decidir.

§ 3º Quando for recusada a retirada, o diretor do estabelecimento comunicará, imediatamente à Comissão Inspectora 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 mudanças de clima, regime ou hábito;

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 de sua fuga, persistindo os motivos de anterior admissão.

Art. 24. O diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou misto, enviará mensalmente à Comissão Inspectora um boletim do movimento de entradas e saídas do 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 Governo providenciará no sentido de serem submetidos a exame de sanidade os estrangeiros que se destinarem a qualquer parte do território nacional, e os que requerem naturalização, sendo que, neste caso, o exame deverá precisar, especialmente, o estado neuromental do requerente.

§ 2º Os portadores de qualquer doença mental, ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascido no Brasil, poderão ser repatriados mediante acordo com os Governos dos respectivos países de origem.

DA PROTEÇÃO À PESSOA E BENS DOS PSICOPATAS

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

Parágrafo único. Supre 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 90 dias de internação, nenhum ato, administração ou disposição de bens poderá praticar senão por intermédio das pessoas referidas no art. 454 do Código Civil, com prévia autorização judicial, quando for necessária.

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

§ 3º Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretada pela autoridade judiciária competente e respectiva interdição promovida obrigatoriamente pelo Ministério Público, se dentro de 15 dias não o for pelas pessoas indicadas no art. 447, nºs 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, a 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 Da 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 permitido a qualquer pessoa mantida em domicílio ou internada em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, reclamar a 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-la seguir o 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 no Distrito Federal, uma Comissão Inspetora, composta de um juiz de direito que será o seu presidente, de um dos curadores de órgãos 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 de um psiquiatra ou de um médico que se tenha revelado culto desta especialidade nomeado pelo governo do estado.

§ 3º Para os estabelecimentos particulares, as infrações dos preceitos deste decreto serão punidas com multa de Cr\$ 200,00 a Cr\$ 2.000,00, 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, esse fato à Comissão Inspetora, para que esta providencie no sentido de acautelar aquele patrimônio, na conformidade das disposições do presente decreto.

Art. 34. Revogam-se as disposições em contrário.

PARECER DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO

I - Relatório

Este projeto visa coibir a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos bem como a contratação, pelo setor governamental, de novos leitos em hospitais psiquiátricos. Outrossim, fixa normas para que as administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) elaborem seus planos para esse tipo de atendimento médico. Também oferece disciplina legal para a internação psiquiátrica compulsória estabelecendo que dela será obrigatoriamente informado o Defensor Público ou outra autoridade judiciária designada.

Na justificativa, o autor salienta que o hospital psiquiátrico especializado demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. Seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer.

É o relatório.

II - Voto do Relator

A matéria é da competência legislativa corrente, cabendo à lei federal fixar normas gerais sobre o tema (art. 24, inciso XII e parágrafo único). A atribuição é do Congresso Nacional, com posterior manifestação do Presidente da República e a elaboração de lei ordinária está prevista no processo legislativo (arts. 48, caput, e 59, inciso III). A iniciativa, por parte de parlamentar federal, é legítima (art. 61, caput). Estão, assim, atendidos os pressupostos constitucionais para a admissibilidade desta proposição.

Quanto à técnica legislativa, cabe corrigir pequeno erro existente no art. 4º: a menção deve ser feita ao Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934 e não, conforme ali consta, ao decreto-lei de mesmo número e data. É que, à época, o Presidente da República legislava através de decretos, sendo que a Constituição somente viria a ser promulgada pouco depois, em data de 16 de julho do mesmo ano.

Diante do exposto, voto pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa (com emenda) deste Projeto de Lei nº 3.657/89.

Sala da Comissão, 4 de abril de 1990. _
Deputado Harlan Gadelha Relator.

EMENDA

Ao Projeto de Lei nº 3.657, de 1989

Substitua-se, no art. 4º do projeto, a referência a "Decreto-Lei nº 24.559, de 3-7-34" por "Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934".

Sala da Comissão, 4 de abril de 1990. _
Deputado Harlan Gadelha, Relator.

III - Parecer da Comissão

A Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, em reunião ordinária plenária realizada hoje, opinou unanimemente pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com emenda, do Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, nos termos do parecer do relator.

Estiveram presentes os Senhores Deputados: Theodoro Mendes, Presidente; Mário Assad e José Dutra, Vice-Presidentes; Agassiz Almeida, Arnaldo Moraes, Harlan Gadelha, Hélio Manhães, Leopoldo Souza, Mendes Ribeiro, Nelson Jobim, Nilson Gibson, Renato Vianna, Horácio Ferraz, José Thomaz Nonô, Messias Góis, Oscar Corrêa, Paes Landim, Moema São Thiago, Arnaldo Martins, Gonzaga Patriota, Dionísio Hage, Ibrahim Abi-Ackel, Marcos Formiga, José Genoíno, José Maria Eymael, Joaquim Haickel, Antônio de Jesus, Ivo Cersósimo, Jesualdo Cavalcanti, Aloysio Chaves, Jesus Tajra, Jorge Arbage, Lysânias Maciel, Adilson Motta, Roberto Jefferson e Rodrigues Palma.

Sala da Comissão, 4 de abril de 1990. -
Deputado Theodoro Mendes, Presidente -
Deputado Harlan Gadelha, Relator.

EMENDA ADOTADA PELA COMISSÃO

Substitua-se no art. 4º do projeto a referência a "Decreto-Lei nº 24.559, de 3-7-34" por "Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934".

Sala da Comissão, 4 de abril de 1990. -
Deputado Theodoro Mendes, Presidente -
Deputado Harlan Gadelha, Relator.

PARECER DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

I - Relatório

O projeto do eminente Deputado Paulo Delgado trata de um assunto que tem incomodado sobremaneira o setor de saúde no País, pela sua reconhecida ineficácia e pela magnitude de erros nele contidos.

É estranhável que práticas reconhecidamente retrógradas, autoritárias, que ferem frontalmente o direito à cidadania, que agem com manifesta truculência e que, consequentemente, não levam a nenhum tipo de benefício, tenham permanecido imutáveis por todos estes longos anos, desde que se implantou no País o tratamento manicomial para os pacientes psiquiátricos.

Na realidade, o tratamento se baseia no confinamento desses pacientes e na sua total alienação, afastando-os totalmente da sociedade como se fossem párias e não pacientes em condições de apresentarem melhoras de seu estado patológico e mesmo a cura.

Outros países têm experimentado diferentes tipos de tratamento, com resultados muito mais satisfatórios.

A própria Itália, além de vários outros países, citado pelo autor do projeto, inovou com a "Lei Basaglia" criando alternativas que já se mostraram perfeitamente viáveis.

A tendência universal é, inequivocamente, a substituição do tratamento manicomial por formas mais brandas e eficazes para os pacientes psiquiátricos.

O projeto ora analisado, apesar de brando, caminha nesta direção. O seu caráter gradualista permite que as Administrações Regionais de Saúde disponham do prazo de um ano para a

reorganização do Sistema Assistencial. Por sua vez, os hospitais psiquiátricos já existentes não terão o seu funcionamento interrompido, uma vez que o projeto regulamenta apenas a criação de novos leitos.

Na avaliação do projeto procurei várias fontes de informação, todas em revistas especializadas, cujas opiniões variaram desde ilustres pacientes até a opinião de especialistas renomados.

Cito, inicialmente, o grande escritor Lima Barreto em seu livro "Cemitério de Vivos - 1920": "Amaciando um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição de rezas, exorcismos, bruxarias, etc., o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o sequestro". Diz ainda o escritor que viveu a infeliz experiência de internação em hospitais psiquiátricos:

"Entre para o Pinel, para a secção dos pobres, dos sem-ninguém, para aquela em que a imagem do que a desgraça pode sobre a vida dos homens é mais formidável e mais cortante." E, em seguida: "Pela primeira vez, fundamentalmente, eu senti a desgraça e o desgraçado. Tinha perdido toda a proteção social, todo o direito sobre o meu próprio corpo. Era assim como um cadáver no anfiteatro de anatomia". (Revista Informação Psiquiátrica - Ano II - Vol. II - nº III).

O Professor Clóvis Martins, livre docente da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da USP e Presidente da Associação Latino-Americana de Psiquiatria, faz as seguintes considerações sobre hospital psiquiátrico:

"Os velhos manicômios têm o seu destino traçado. Os maiores esforços e as melhores intenções no sentido de humanizá-los e adaptá-los às exigências do tratamento psiquiátrico fracassaram diante da impenetrabilidade de seus muros, da frieza de suas paredes, e da miséria de suas instalações. Constituem em toda parte problema indissolúvel, sorvedouro de recursos e constante motivo de crítica da própria sociedade que os mantém. A única solução para eles é a demolição pura e simples. Mesmo a santuosidade de alguns não lhes tira a frieza assencial e o aspecto de prisão dos velhos asilos nos quais se inspiraram".

Mais adiante afirma o mesmo autor: "Um exame do perfil nosográfico dos pensionistas permanentes ou da rotatividade dos leitos ocupados desses hospitais, mostra a cristalina ineficácia desses estabelecimentos como meio de tratamento. A maioria dos doentes chamados crônicos está ali abandonada pela comunidade, constituindo figuras marginais, fora do alcance da atenção médica ou readaptadora. São antes existências fixadas em condições sub-humanas de vida, mortos-vivos, esperando Godot".

Logo em seguida afirma: "O doente mental que necessita de hospitalização deve ser tratado num hospital geral, tal qual o cardíaco, o operado, o acidentado. A Unidade ou Serviços de Psiquiatria num hospital geral deve ser um prolongamento ou uma clínica especializada como todas as existentes no estabelecimento, delas se distinguindo apenas pelas peculiaridades mínimas, por que cada uma das outras também se individualizam. São estes serviços psiquiátricos que deveriam existir obrigatoriamente em todos os hospitais-gerais, os que um dia substituirão o velho manicômio". (Revista Atualidades Médicas - Suplemento: Psiquiatria Atual - Vol. VIII - nº VI).

Artigo intitulado "Reformulação da Assistência Psiquiátrica - Realidade Atual e

Perspectivas", de Carmem Tuma Rotta, Elisa da Silva Feitosa, e outros colaboradores, tece os seguintes comentários:

1ª O doente necessita de um ambiente que por si só ajude a reintegração.

2ª Na maioria dos casos a vida na comunidade é preferível à vida institucionalizada.

3ª Só uma equipe bem estruturada pode executar um trabalho compatível com a recuperação do doente mental, assim como facilitar sua reintegração na família e sociedade, uma vez que possa entender os processos dessas internações". (Revista Jornal Brasileiro de Psiquiatria - Vol 31 - nª 2 - março/abril/1982).

A Professora Magda Waissman, no trabalho intitulado "A responsabilidade da Previdência Social na área da Saúde Mental", declara que: "O Plano CONASP desdobrou-se em 1983 no Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, que preconizava além da ênfase no setor público, o término gradual dos leitos psiquiátricos, através do descredenciamento dos macro-hospitais e redistribuição dos leitos hospitalares de acordo com critérios de regionalização e cobertura assistencial; a integração programática entre Inamps, MS/DINSAM e Secretarias Municipais de Saúde; o desenvolvimento de uma rede eficiente de recursos extra-hospitalares; a capacitação de recursos humanos na área de saúde mental e o desenvolvimento de mecanismos participativos dos usuários do Sistema".

É o relatório.

II - Voto do Relator

O Projeto, como se vê, encontra respaldo em opiniões das mais abalizadas, tanto no que diz respeito aos hospitais Psiquiátricos existentes quanto às alternativas propostas.

Não há dúvida, segundo meu entendimento, no benefício que o Projeto poderá trazer à Psiquiatria brasileira em geral, e aos pacientes psiquiátricos e científicos muito mais adequados, preservando-se ainda o direito que todos têm à cidadania.

Pelas razões expostas, voto favorável ao Projeto nº 3.657/89.

Brasília, 5 de junho de 1990. -
Deputado Carlos Mosconi, Relator.

EMENDA DE PLENÁRIO

Ao Projeto de Lei nº 3.657/89

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

EMENDA

Acrescente-se ao art. 1ª o seguinte parágrafo único:

Parágrafo único. "Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual".

Sala da Comissão, 6 de junho de 1990. -
Deputado Lúcio Alcântara.

III - Parecer da Comissão

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião realizada em 6 de junho de 1990, aprovou unanimemente o parecer favorável, com emenda, do Relator Deputado Carlos Mosconi, ao Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

Compareceram os Senhores Deputados: Joaquim Sucena, Presidente; Jorge Uqued, Vice-Presidente; Carlos Mosconi, Relator; Genésio Bernardino, Ivo Lech, Raimundo Rezende, Rita Camata, Erico Pegoraro, Gilberto Carvalho, Jofran Frejat, Orlando Pacheco, Ruy Nedei, Nelson Aguiar, Floriceno Paixão, Lúcio Alcântara, Arnaldo Faria de Sá, José Carlos Coutinho, Benedita da Silva, Borges da Silveira e Abigail Feitosa, membros titulares; Célio de Castro, Eduardo Moreira, José Queiroz, Nelson Seixas, Carlos Cardinal, Ervin Bonkoski e Edmilson Valentim, membros suplentes.

Sala da Comissão, 6 de junho de 1990. -
Deputado Joaquim Sucena, Presidente -
Deputado Carlos Mosconi, Relator.

EMENDA ADOTADA PELA COMISSÃO

Acrescente-se ao art. 1ª o seguinte parágrafo único:

Parágrafo único. "Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual".

Sala das Sessões, 6 de junho de 1990. -
Deputado Joaquim Sucena, Presidente -
Deputado Carlos Mosconi, Relator.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

REDAÇÃO FINAL DO PROJETO DE LEI Nº 3.657-B, DE 1989

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

§ 1º - Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

§ 2º - Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

Art. 2º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

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

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

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

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

SENADO FEDERAL
Protocolo Legislativo
P. L. C. 08/91
Fls. 25

Vara de Juiz de Direito



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

§ 2º - Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

§ 3º - A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934.

Sala das Sessões, em 14 de dezembro de 1990.

Virgílio Guimarães

Relator

SENADO FEDERAL
Protocolo Legislativo
P. L. G. 08/91
Fls. 06

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

(Criando unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-norte, centro de atenção em centros de convivência, pensões que visem proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos).

PAULO DELGADO
(PT - MG)

ANDAMENTO

Sancionado ou promulgado

Publicado no Diário Oficial de

Vetado

Razões do veto-publicadas no

12.09.89

PLENÁRIO

Fala o autor, apresentando o projeto.

DCN 13.09.89, pág. 9275, col. 03.

MESA

Despacho: Às Comissões de Constituição e Justiça e de Redação e de Saúde, Previdência e Assistência Social.

23.09.89

PLENÁRIO

É lido e vai a imprimir.

DCN 29.09.89, pág. 10696, col. 03.

20.10.89

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E REDAÇÃO

Distribuído ao relator, Dep. JUAREZ MARQUES BATISTA.

DCN 25.11.89, pág. 13756, col. 02.

29.03.90

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E REDAÇÃO

Redistribuído ao relator, Dep. HARLAN GADELHA.

DCN 22.05.90, pág. 5386, col. 03.

VIDE VERSO...

SENADO FEDERAL
Protocolo Legislativo
P.L.C. 08/91
Fls. 07

ANDAMENTO

PL 3.657/89

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE REDAÇÃO

04.04.90

Aprovado unanimemente parecer do relator, Dep. HARLAN GADELHA, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com emenda.

DCN 22.05.90, pág. 5370, col. 03.

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

18.04.90

Distribuído ao relator, Dep. CARLOS MOSCONI.

DCN 20.04.90, pág. 3143, col. 03.

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

06.06.90

Aprovado unanimemente o parecer favorável do relator, Dep. CARLOS MOSCONI, com emenda.

DCN 30.06.90, pág. 8366, col. 03.

PRONTO PARA A ORDEM DO DIA

26.06.90

É lido e vai a imprimir, tendo pareceres: da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, com emenda; e, da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação, com emenda.

(PL. 3.657-A/89)

DCN 27.06.90, pág. 7877, col. 01

continua...

SENADO FEDERAL
Protocolo Legislativo
P.L.C. 08/91
Fa. 08

ANDAMENTO

PLENÁRIO

11.12.90

Aprovado requerimento dos Dep. Ibsen Pinheiro, líder do PMDB; Arnaldo Faria de Sá, líder do PRN; Euclides Scaldo, líder do PSDB; José Maria Eymael, na qualidade de líder do PDC; Augusto de Carvalho, na qualidade de líder do PCB; Gumerindo Milhomem, líder do PT; Luis Eduardo, na qualidade de líder do PFL; Célio de Castro, na qualidade de líder do PSB; Gastone Righi, líder do PTB; Afif Domingos, líder do PL; Miro Teixeira, na qualidade de líder do PDT; e Haroldo Lima, líder do PC do B, solicitando, nos termos do art. 155 do R.I., Urgência para a votação deste projeto.

O Sr. Presidente anuncia a Discussão Única.

Encerrada a discussão.

Apresentação de 08 Emendas assim distribuídas: Dep. JORGE VIANA: 01 e 02;

Dep. MOZARILDO CAVALCANTI: 03, 04, 05, 06, 07 e 08.

Volta à CCJR e CSSF.

DCN

PLENÁRIO

14.12.90

O Sr. Presidente anuncia a Votação em Turno Único.

O Dep. Jorge Vianna solicita o adiamento deste projeto para a ciência das Emendas de Plenário.

O Sr. Presidente consulta o Plenário para que as Emendas sejam relatadas em plenário: APROVADA.

O Sr. Presidente designa o Dep. Geraldo Alckmim Filho para proferir parecer às Emendas de Plenário, em substituição à Comissão de Seguridade Social e Família, que conclui pela aprovação da Emenda nº 08 e pela rejeição das demais de nºs 01 a 07.

O Sr. Presidente designa o Dep. Adylson Motta para proferir parecer às Emendas de Plenário, em substituição à Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, que conclui pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa.

Em votação a Emenda nº 08, com parecer favorável: APROVADA. Contra o voto do Dep. Mozarildo Cavalcanti.

Em votação as Emendas de nºs 01 a 07, com parecer contrário: REJEITADAS.

Em votação o Projeto: APROVADO. Contra os votos do PTB e da Dep. Sandra Cavalcanti.

Vai à Redação Final.

D

VIDE VERSO...

STENADO FEDERAL
Protocolo Legislativo
P.L.C. 08/91
14.09

ANDAMENTO

PLENÁRIO

14.12.90

Em votação a Redação Final oferecida pelo Dep.

: APROVADA.

Vai ao Senado Federal.

(PL. 3.657- B/89

DCN

AO SENADO FEDERAL , ATRAVÉS DO OF.

SENADO FEDERAL
Protocolo Legislativo
P.L.C. 08/91
10



SENADO FEDERAL
GABINETE DO SENADOR JOSÉ PAULO BISOL

Of.GSJPB-040/91

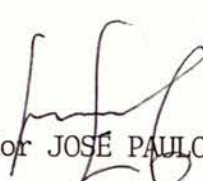
Em, 25 de outubro de 1991.

Senhor Presidente:

Pelo presente encaminho a V. Exa. cópias de uma carta e de um texto de Franco Rotelli, solicitando que sejam anexadas ao Relatório sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 08/91.

No relatório reproduzi uma frase do texto e lhe fiz outras referências. Segundo a carta a citação e as referências não são pertinentes.

Assim sendo, apresso-me em reparar possíveis desvios hermenêuticos, solicitando a V. Exa. que considere tanto a carta quanto o texto como partes integrantes do relatório, ao mesmo tempo que torno sem efeito a citação e as referências, que não são essenciais ao discurso.


Senador JOSÉ PAULO BISOL

Exmo. Sr.
Senador ALMIR GABRIEL
MD Presidente da
COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
SENADO FEDERAL

A LEI 180 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: OS PROBLEMAS NA SUA APLICAÇÃO

Franco Rotelli

Ospedale Psichiatrico di Trieste — Itália

Certamente não é fácil falar em 15 minutos dos 20 anos de trabalho teórico-prático dedicado a uma transformação radical na assistência psiquiátrica na Itália.

O problema que temos a enfrentar, na Itália como em outros países, é essencialmente o de milhões de internados nos hospitais psiquiátricos. Se este problema não for enfrentado, nossa produção teórica e prática continuará sendo desacreditada em sua essência pelo testemunho desses milhões de internados.

No Brasil, há 200 mil pessoas nos hospitais psiquiátricos. No Japão, atualmente há 350 mil internados. Na União Soviética, quase 2 milhões. O campo científico e prático geral da psiquiatria no mundo não pode deixar de abordar esta questão como um "crime de paz", em relação ao qual é necessário agir, em termos tanto teóricos quanto práticos, com determinação.

Nos anos 60, a psiquiatria italiana começou a criticar algumas teses que nos pareciam, sob todos os aspectos, preconceituosas em relação à questão psiquiátrica; a criticar a função de exclusão social assumida pelos hospitais psiquiátricos e a sua legitimação pela psiquiatria — legitimação do internamento de milhões de cidadãos oriundos, quase sempre, das classes sociais desfavorecidas. Este histórico pecado original da psiquiatria deve ainda ser reexaminado se quisermos vir a estabelecer métodos de intervenção, estratégias operativas, códigos de saber, práticas e atividades terapêuticas. Se não eliminarmos pela raiz este pecado original, se não confrontarmos todo o saber, o poder e a operacionalidade psiquiátrica com esta raiz fundamental da qual ela nasceu, correremos o risco de continuar a reproduzir monstros.

A partir desta crítica, entramos nos hospitais psiquiátricos para tentar, durante toda a década de 60, a construção de uma relação com os pacientes fundada em suas necessidades, e não na construção abstrata da doença. Isto lentamente determinou uma situação que desembocou numa lei, a Lei 180, de 1978, que, como se sabe, proibiu a recuperação de qualquer cidadão em hospital psiquiátrico e declarou que o vínculo entre doença e periculosidade, presente na legislação precedente, não tinha sustentação científica,

removendo-o, pois, radicalmente, da legislação. Para substituir os hospitais psiquiátricos, considerou-se necessário construir serviços na comunidade e recorrer, em alguns poucos casos, aos serviços dos hospitais gerais. Esta pequena lei, de uma página apenas, representou uma revolução radical na legislação psiquiátrica que, desde 1838, na França, uniformizou, em todos os países que a adotaram, uma legislação baseada na custódia e na privação dos direitos de cidadania.

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

Na prática, vimos que, nestes últimos 20 anos, todos os países ocidentais tentaram reformar seus sistemas psiquiátricos. Encontramo-nos frente a alguns modelos operativos. Na Europa Ocidental, o que realmente tentou-se fazer foi constituir serviços externos ao hospital psiquiátrico, com a esperança mais ou menos explícita, mais ou menos ciente, de que isto pudesse oferecer curas melhores e reduzir significativamente a população internada nos hospitais psiquiátricos.

Passados 30 anos, podemos dizer tranquilamente que esta política faliu. Faliu na Inglaterra, na França, nos Países Escandinavos e depois também na Alemanha. A política de aumentar os serviços externos para reduzir os hospitais psiquiátricos e oferecer melhores possibilidades de cura foi considerada um fracasso por todos os governos da Europa Ocidental. A população de internados nos hospitais psiquiátricos franceses permaneceu inalterada em 110 mil pessoas. Fenômeno análogo verificou-se na Inglaterra, na Alemanha, nos Países Escandinavos e na Holanda.

Um outro modelo operacional da transformação no campo da assistência psiquiátrica foi aquele aplicado nos Estados Unidos nos últimos anos, de desospitalização, com o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos. Nos Estados Unidos, como se sabe, passou-se, nos últimos 20 anos, de 580 mil

internados para 90 mil atualmente. O fechamento de 70% dos hospitais psiquiátricos nos Estados Unidos foi realizado sobretudo para reduzir as despesas do Estado. O governo Kennedy determinou a formação de 800 centros comunitários de saúde mental para substituir 2 mil hospitais psiquiátricos. Com o governo Reagan, quase todos estes centros foram suprimidos. A política americana de saúde mental pode, portanto, ser facilmente identificada pelo simples slogan: "os loucos pelas ruas".

A literatura científica internacional leva frequentemente a uma terrível mistificação. Afirma-se que o modelo italiano é semelhante a este, ou seja, um modelo que levou "os loucos para as ruas". Creio que, quando falamos da situação italiana, devemos distinguir radicalmente duas realidades: a do movimento liderado por Franco Basaglia e aquela da situação italiana em geral. Penso que é absolutamente infame atribuir ao primeiro modelo as carências do segundo.

O modelo de Trieste, desejado por Franco Basaglia e sobre o qual continuamos a trabalhar, não é certamente um modelo "loucos pelas ruas". É um modelo de constituição de uma rede muito forte e articulada de serviços externos ao hospital psiquiátrico. Prevê o fechamento do hospital psiquiátrico e a reutilização de todos os seus recursos na comunidade.

O que em geral aconteceu na Itália, entretanto, é que, logo após a aprovação da nova lei, o governo italiano começou a obstaculizar sua aplicação. É preciso dizer que, em 1978, a Reforma Sanitária Italiana foi aprovada por dois terços dos votos do Parlamento, mas, em 1979, um ano depois, era Ministro da Saúde um dos componentes do Parlamento que havia votado contra ela. Assim, estes foram dez anos de "desaplicação" radical da Reforma Sanitária em seu conjunto na Itália e particularmente de "desaplicação" da Reforma Psiquiátrica. Somente hoje, onze anos depois da Lei 180, pela primeira vez o governo italiano elaborou um documento próprio, inserido no plano sanitário nacional, proposto pelo atual Ministro da Saúde, em que faz uma autocrítica radical do comportamento do governo nestes últimos dez anos, admitindo que não houve um "governo da Reforma". De qualquer maneira, este é um fato politicamente muito relevante, ainda que tardio.

Foram destinados 1 bilhão de dólares para implementar, nos próximos três anos, uma parte dos serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, já previstos pela lei de 1978. É prevista, além disso, a construção de 250 comunidades para os ex-internos dos hospitais psiquiátricos, cada uma com no máximo 20 leitos, atingindo um total de 5 mil vagas em todo o território nacional e 200 novos serviços residenciais de reabilitação, com um máximo de 15 leitos cada um,

num total de 4 mil vagas, além de 600 comunidades de hospedagem para de 5 a 7 pessoas cada uma, perfazendo 4 mil vagas. Serão finalmente financiados os serviços que representam as estruturas intermediárias extra-hospitalares de pequenas dimensões, das quais, desde o primeiro momento, advertiu-se a necessidade.

Para demonstrar como o modelo basagliano é realmente distinto do que aconteceu no resto da Itália, basta dizer que, na cidade de Trieste, com pouco menos de 300 mil habitantes, existem atualmente 30 psiquiatras, 200 enfermeiros, 20 assistentes sociais, 7 centros de saúde mental abertos 24 horas por dia, cada um com 8 leitos, 50 apartamentos residenciais e uma rede de cooperativas que congrega 200 pessoas exercendo cerca de 30 funções profissionais diversas, com uma rede de apoio de voluntários e uma quantidade de prestações de serviços cujo número não cito porque é muito impressionante. Isto tudo para demonstrar que os recursos de um hospital psiquiátrico podem e devem ser convertidos em estruturas fortes, presentes no território, respeitando plenamente os direitos civis das pessoas, empenhadas em reconstruir, dentro da comunidade, a cidadania plena, que não é somente a cidadania política ou civil, mas também social, ou seja, a possibilidade de vida, escola, trabalho, etc. Os serviços na comunidade servem a este fim, isto é, a que se comece a trabalhar pela qualidade de vida dos pacientes em regime de plena liberdade.

Chamávamos o modelo que levamos a efeito em Trieste de "desinstitucionalização", ou seja, um modelo de desconstrução lenta e gradual de todos os preceitos do hospital psiquiátrico e de construção, fora do mesmo, de novos serviços que tivessem uma lógica inversa à da exclusão, do internamento, da opressão, própria dos hospitais psiquiátricos. Esta inversão institucional foi o que chamamos de desinstitucionalização.

Infelizmente, nos Estados Unidos, por exemplo, a palavra desinstitucionalização transformou-se numa caricatura disso, ou seja, acabou significando uma "desospitalização", o fechamento dos hospitais, um atirar as pessoas na rua. É evidente que as raízes culturais, as motivações e procedimentos que seguimos eram radicalmente diversos.

O campo de serviços psiquiátricos europeus, entretanto, é articulado. Em algumas situações, imaginou-se até que fosse suficiente inserir a psiquiatria numa política sanitária mais abrangente, no quadro geral da Reforma Sanitária, para conseguir, através de estratégias indiretas, dissolver o hospital psiquiátrico e restituir dignidade terapêutica a uma disciplina que perdeu-se dentro dos hospitais psiquiátricos.

A situação inglesa, assim como a italiana, demonstrou-nos que esta tentativa fracassou. Mesmo onde foram criados serviços de atenção primária e de medicina de base, que atuam conjuntamente no campo psiquiátrico e da saúde mental, ainda que tenha proporcionado a melhoria de alguns serviços em relação aos usuários, certamente não se atingiu aquele que sustentamos ser o problema central dos hospitais psiquiátricos.

Na Inglaterra, que conta com uma ótima rede de serviços primários, os hospitais psiquiátricos continuam abrigando 100 mil pessoas. No Quebec, Canadá, uma rede distrital imponente e bem construída, uma rede de atenção primária muito bem desenvolvida, não impede que, com uma população de 8 ou 9 milhões de habitantes, existam ainda 10 mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos.

Suplantar os hospitais psiquiátricos revelou-se uma ilusão e nos defrontamos novamente com estes monstros, que continuarão sendo a fonte de contágio de um saber psiquiátrico reduutivo, simplista, moldado por uma cultura objetificante, reitificante e excludente. Se quisermos realmente transformar as perspectivas profissionais dos psiquiatras, passar da velha psiquiatria a uma nova política de saúde mental, devemos enfrentar com planos e projetos específicos os hospitais psiquiátricos que, de outra forma, continuarão a dominar o campo psiquiátrico, produzindo e reproduzindo a própria cultura e moldando as novas gerações de técnicos e profissionais, que nunca prestarão contas do próprio pecado original. Somente estabelecendo estratégias oportunas, centradas, em primeiro lugar, na formação de profissionais orientada à "desconstrução" das várias formas de opressão, exclusão e anulação que, no território e na comunidade, reproduzem-se sobre os ditos doentes mentais, atingiremos o objetivo de transformar os hospitais psiquiátricos em grandes laboratórios de emancipação profissional, no lugar dos laboratórios de opressão que são hoje. Ou fazemos isto agora ou teremos de fazê-lo em dez, vinte anos.

Há poucos dias, tive contato com uma experiência que me rejuvenesceu muito em Santos, onde finalmente a administração pública, os poderes locais, a municipalidade, os técnicos, os cidadãos estão envolvendo-se numa grande empreitada de desconstrução e transformação de um hospital psiquiátrico. Creio que, se esta experiência for adiante, poderemos ter, em um ou dois anos, uma geração de técnicos formados através dela e que poderão indicar-nos linhas de procedimento para o futuro. Acredito, depois de vinte anos, que o que posso dizer da minha experiência é que este é o único caminho a seguir, se quisermos realmente apagar este grande "crime de paz" e começar verdadeiramente a falar em

termos de produção de saúde e de cidadania para os nossos cidadãos.

Concordo plenamente com esta intervenção, que sublinha o que indiquei apenas em termos de modelos organizativos, isto é, estou convencido de que a questão da desinstitucionalização não é, certamente, apenas uma questão de construir instituições mais humanas para substituir instituições violentas. A questão da desinstitucionalização é algo e muito mais complexo: coloca radicalmente em questão a psiquiatria a partir do questionamento das instituições que ela mesma historicamente produziu. Não se trata, portanto, apenas de modificar esta instituição, mas de questionar radicalmente a psiquiatria sobre seus conhecimentos, poderes e códigos de comportamento. Com isto, a transformação dos institutos poderá obter resultados importantes. Junto à transformação das formas de organização, ocorrerá uma transformação radical das formas de comportamento na relação médico-paciente, assim como a transformação radical de todo o campo terapêutico.

Esta transformação do campo terapêutico como um todo deve basear-se, justamente, na ruptura do determinismo com que sempre se enfrentou a doença mental, assim como deve, obviamente, basear-se na ruptura do vínculo periculosidade-doença, transformando a idéia da gestão excludente e de custódia, destinada à gestão da periculosidade, e não do sofrimento. Uma outra ruptura fundamental deve ser aquela contra qualquer forma de reducionismo tecnicista do problema. Não se pode ignorar certas contribuições das ciências biomédicas, da psicanálise e dos variados corpos disciplinares ligados à psicologia, mas, sem dúvida, o novo campo terapêutico aberto pela desinstitucionalização é um campo para o qual devem confluir muitos outros saberes, constituindo-se um saber que se articule com as necessidades materiais e afetivas dos pacientes, com a sua reprodução social e a emancipação de pessoas que, no percurso da loucura, frequentemente encontram uma situação de impasse dentro dos mecanismos específicos de opressão que há no interior de pequenas instituições como a família e outras. Não se trata de culpabilizar a família, nem se destruir todas as instituições. Trata-se de atravessá-las para modificar radicalmente o jogo de poder que se exercita nessas instituições todas as vezes em que este jogo de poder destrói alguém. O manicômio é o paradigma de tudo isto, mas a experiência de todos nós é que a vida de um psicólogo dentro de uma família frequentemente encontra mecanismos introjetados de poder análogos. Trata-se, portanto, de desenvolver, tanto nas pequenas quanto nas grandes instituições, um trabalho de emancipação. Para isto, são necessários serviços e profissionais que intervenham, mas com uma visão que não descole o homem de seu contexto e não

reduza uma vez mais a pessoa, sujeito a objeto, a coisa, sabendo criticar as situações em que os vários "psicologismos" voltam a isolar as contradições da vida sob "pequenos saberes".

Muito frequentemente os saberes que atuam no campo psiquiátrico reduzem e ideologizam estas reduções. É como colocar-se à janela e olhar para dentro da casa, ao invés de olhar para fora. O problema de uma nova prática terapêutica é o de fazer interagir diversos atores sociais com saberes diversos e, sobretudo, fazer interagir também o paciente com o seu saber, com a sua diversidade. O conjunto destes saberes e sua comparação é o embate que pode liberar energias e criar uma multiplicidade de possibilidades que possa permitir a superação das formas destrutivas de diversidade.

Acredito na construção de serviços abertos com esta filosofia, que façam da reprodução dos direitos das pessoas sua forma de auto-avaliação, e da elevação da qualidade de vida do paciente seu principal indicador de avaliação. Isto implica por em cheque tantas estratégias e colocar em jogo muitas competências profissionais. Implica, sobretudo, num esforço de todos

para ultrapassar a visão totalizante das pequenas profissões e numa reconstrução centrada no sujeito que temos à nossa frente, em respeito ao qual devemos evitar as velhas formulações objetificantes, trabalhando em projetos que ativem e desenvolvam energias. Tudo isto passa, evidentemente, através de uma consciência crítica de tudo o que as instituições psiquiátricas fizeram até recentemente. Estas, de fato, abordaram uma série de problemas da vida das pessoas em sua forma mais dramática e angustiada, a loucura, e, ainda que muito frequentemente empenhadas em negar valor à diversidade, aprisionaram-na dentro das ideologias: o resultado foram os manicômios, o que significa que não estávamos diante de um saber, mas de uma ideologia que produzia desastres.

Enfim, precisamos de saberes que articulem-se com a diversidade, aceitando-a e tentando fazer com que deixe de ser destrutiva, para que, ao invés disso, ela venha a interagir com a normalidade, e vice-versa, e consiga criar mecanismos liberadores de novas oportunidades em micro e macro-sistemas, através de uma nova competência profissional que acione o processo de transformação das instituições: do manicômio ao trabalho dentro da comunidade.

Junho 88

São Paulo, 19 de outubro de 1991

Prezado Senador José Bisol,

Li com interesse o documento através do qual V.Sa. propõe emenda substitutiva ao projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado (que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória"), proposta esta que vem acompanhada de uma análise da "sustentação ético-filosófica" do projeto em questão.

Trata-se de um relatório que faz transparecer um texto de alto nível cultural, uma análise sofrida dos motivos científicos, culturais, sociais e políticos que sustentam a condenação radical dos manicômios, condenação que eu acredito seja patrimônio da consciência civil do mundo todo.

Ao mesmo tempo, ela impõe uma reserva importante ao projeto Delgado, fundamentando tal reserva sobre a hipótese de que apenas o tempo poderá decidir se será possível fazer um uso útil de um hospital psiquiátrico profundamente reformado ou se poder-se-á e dever-se-á suprimir definitivamente tal instituição.

V.Sa. utiliza ou sustenta a vontade de manter esta reserva legal e mental, baseando, entre outras, em duas afirmações não pertinentes.

Na primeira afirmação sou pessoalmente citado para reforçar vossa conclusão de que a reforma psiquiátrica na Itália e em todo mundo teria fracassado: "...a conclusão de Franco Rotelli no sentido de suplantare os hospitais psiquiátricos revelou-se, por enquanto, uma ilusão". V.Sa. me cita por ser reconhecida minha participação de vinte anos na crítica prática contra os

manicômios na Itália e em outros lugares, e, pelo fato de haver trabalhado ao lado de Franco Basaglia numa luta que provocou e provoca, mesmo nos dias atuais, ressonância em muitos países.

Creio que vossa intenção fosse dizer que se até uma pessoa como eu acredita que o fim do manicômio seja uma ilusão, deverá ser mesmo assim ! Agradeço a honrosa referência, porém a interpretação correta de minha frase deve ser conduzida em direção oposta àquela que indicou. Eu estou, sim, convencido de que o manicômio jamais acabará. Nunca desaparecerá a tentação de aprisionar em algum lugar o diferente, especificamente os loucos e mais especificamente os loucos pobres. Uma vez fechados os hospitais psiquiátricos, alguém criará outros guetos, outros espaços de reclusão, outros lugares de marginalização, de violência e de internação. A violência nas relações humanas e a organização da violência sobre os mais pobres, sobre os mais frágeis e sobre quem não possui defesa, jamais acabará. Existirá sempre quem lhe fornecerá a necessária justificação científica: o poder, qualquer que seja, tem encontrado sempre, sobretudo entre os intelectuais, técnicos, entre os que adoram o poder e entre os que estão sempre dispostos a servi-lo, quem legitime aquilo que o poder quer.

Da inquisição ao nazismo, do stalinismo ao racismo sempre se encontrou quem fornecesse dignidade científica às mais grotescas perversões do poder. Encontrar-se-á sempre uma culpa para justificar um 'bode expiatório'. E o que mais do que a loucura poderia mobilizar as nossas angústias, a nossa agressão, a nossa fúria de negação, de aniquilamento ?

Sim, eu creio que existirá sempre alguém que construirá manicômios, grandes ou pequenos, onde aprisionar, distanciar, negar, custodiar e punir a diversidade, sobretudo, aquela dos pobres. E o Senhor Senador Bisol ? V.Sa. também ? Este é o ponto: de que lado estamos ? Violência, miséria e instituição da violência e da miséria são reproduzidas em todo lugar.

Mas, em que mundo vivemos se incorporamos a realidade a ponto de torná-la legítima e se damos a tudo isto a dignidade de uma Lei ? De uma Lei de Estado !

Nunca existiu e nunca existirá um manicômio que não seja lugar de exclusão, lugar de violenta justificação da exclusão, portanto, lugar de coersão e de não liberdade. Jamais de emancipação. Jamais, portanto lugar de cura e tratamento.

Sim, de qualquer modo, eu temo que os manicômios existirão sempre e isto torna interminável nossa luta. No entanto, esta nossa certeza não lhe reduz nem a força nem a justeza, torna-a, ao contrário, mais lúcida sua força e mais justa sua justeza.

Mas, as leis, as leis que legitimam, mantêm e perpetuam *Opes* legis o manicômio. Estas sim, Senador, podem e devem acabar. Estou certo, por tudo aquilo que me disseram de V.Sa., que estará entre aqueles que assim decidirão.

A violência sobre os pobres e sobre os doentes não acabará por isso, mas o fato de que não acabem não justifica um Estado que a institucionalize, erigindo uma Lei, ao contrário.

Uma segunda afirmação que é utilizada por V.Sa. foi formulada a partir de uma realidade que demonstra o contrário daquilo que desejaria provar. Refiro-me à passagem: "*a reforma psiquiátrica na Itália faliu e a Lei 180 está para ser modificada*".

Creio poder demonstrar que a Reforma Psiquiátrica na Itália não está de forma alguma falida com base na segunda parte de vossa própria frase. Ou seja, quando a Lei 180 de reforma radical da psiquiatria italiana foi votada no Parlamento (assim como a contextual Reforma Sanitária) em 1978, apenas um partido foi contrário: o Partido Liberal Italiano. Paradoxalmente, o ministro da Saúde da Itália pertence ao Partido Liberal. Assim que se tornou ministro, apresentou com inalterada visão crítica, uma proposta de modificação da Lei 180. Porém, contrariamente ao que muitos estão dizendo, por desinformação desejada ou não, de nenhum modo a proposta contra-reformista do Ministro, como em nenhum outro texto proposto pelos opositores da Lei 180, figura o retorno ao hospital psiquiátrico, cuja extinção é, ao contrário, reafirmada. Sobre outro ponto versa o debate, isto é, sobre a quantidade de financiamento para os novos serviços, sobre a tipologia dos serviços alternativos (não suficientemente

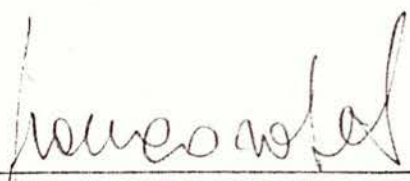
precisados na Lei 180, segundo seus críticos), sobre papel e funções das clínicas privadas, universidades, regiões, etc.

O fato é que após treze anos, mesmo aqueles que se opuseram e se opõem a Lei 180, nem ao menos sonham em retornar ao hospital psiquiátrico. Esta é a prova melhor e mais decisiva do valor de sua supressão na Itália. O argumento a que V.Sa. se refere conclue o contrário daquilo que se deveria deduzir.

Outras considerações que de forma articulada poderiam levá-lo a conclusões diversas não competem a mim, mas, ao riquíssimo debate interno que ocorre em seu grande país.

Permito-me dizer, apenas, que um Estado não poderia aprisionar, internar os frágeis, os pobres só por não estar certo de poder fazê-los viver em liberdade. Que Estado seria este ?

Atenciosamente,



Franco Rotelli

Direzione dei Servizi Psichiatrici di Trieste
Via San Cilino, 16
34.100 Trieste - Itália
Fax-0039.40.56619



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
28 / 06 / 913 PROPOSIÇÃO
PROJETO DE LEI DA CÂMARA nº 008, de 19914 AUTOR
Senador JOSÉ FOGAÇA

5 Nº PRONTUÁRIO

6 TIPO
1 ☐ - SUPRESSIVA 2 ☐ - SUBSTITUTIVA 3 ☒ - MODIFICATIVA 4 ☐ - ADITIVA 9 ☐ - SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA

8 ARTIGO

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO
EMENDA Nº 1

Ao Projeto de Lei da Câmara nº 008, de 1991, que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória."

Dê-se ao artigo 1º do Projeto em epígrafe a seguinte redação:

"Art. 1º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos manicômios públicos."

JUSTIFICAÇÃO

A emenda acima proposta visa atender a fins substantivos e sistemáticos.

O Projeto de Lei em questão tem, como escopo primacial, conforme o explicita em sua ementa, "a extinção progressiva dos manicô-

10

ASSINATURA

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
DLC nº 08 de 1991
Fls. 11

O TEXTO DEVE SER DATILOGRAFADO E APRESENTADO EM 4 VIAS

Não se admitirá emenda que diga respeito a mais de um dispositivo.

(art. 230 - RISF)

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE RECEBEDORA

01 - ETIQUETA - Local reservado para numeração da Emenda.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO AUTOR

- 02 - DATA - Data da apresentação da Emenda;
- 03 - PROPOSIÇÃO - Identificação da matéria à qual será oferecida a Emenda;
- 04 - AUTOR - Nome do(s) autor(es) da Emenda, considerando-se o primeiro subscritor como Autor;
- 05 - Nº PRONTUÁRIO - Corresponde ao nº do prontuário do Parlamentar no histórico funcional;
- 06 - TIPO - Assinalar com um "X" o tipo da Emenda, sendo:
- 1) Supressiva;
 - 2) Substitutiva;
 - 3) Modificativa;
 - 4) Aditiva;
 - 5) Substitutivo Global;
- 07 - PÁGINA - Nº sequencial da(s) página(s);
- 08 - REFERÊNCIA - Artigo, Parágrafo, Inciso, Alínea.

OBS.: Preencher estes campos com os correspondentes do dispositivo a ser emendado.

- Nos casos de serem as Emendas:

- a) "Inclua-se onde couber", preencher o código "999" no campo correspondente ao artigo;
- b) "Substitutivo Global", preencher o código "001" no campo correspondente ao artigo.

09 - TEXTO - Datilografar o texto da EMENDA e sua JUSTIFICATIVA;

10 - ASSINATURA - Local reservado para a assinatura do autor da EMENDA.

11 - DESTINO DAS VIAS:

1a. via - Original/Comissões

2a. via - CEGRAF

3a. via - Relator/Assessor

4a. via - Autor



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
28 / 06 / 913 PROPOSIÇÃO
PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008, DE 19914 AUTOR
Senador JOSÉ FOGAÇA

5 Nº PRONTUÁRIO

6 TIPO
1 ☐ - SUPRESSIVA 2 ☐ - SUBSTITUTIVA 3 ☒ - MODIFICATIVA 4 ☐ - ADITIVA 9 ☐ - SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA

8 ARTIGO

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO

mios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regula-
menta a internação psiquiátrica compulsória".

Ora, já em seu art. 1º "proíbe" a construção de novos hos-
pitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo
setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico", esta-
belecendo grande confusão entre manicômio e hospital psiquiátrico, fe-
rindo o próprio espírito da lei e gerando dificuldades de ordem técnico-assisten-
cial em saúde pública.

O termo "manicômio", embora literal e etimologicamente sig-
nifique hospital de doidos (do grego mani, es = louco + komeo, ô = lu-
gar onde se trata, hospital) assumiu a conotação pejorativa de ins-
tituição asilar, colônia, lugar onde se segrega, pela primitiva deno-
minação a que se deu, em décadas passadas, ao lugar onde se segrega-
vam os doentes mentais, que não tinham, a esta época, recursos efica-
zes para o seu tratamento e reinserção social. Não obstante os moder-
nos métodos terapêuticos que libertam os psicóticos da crise e permi-
tem sua ressocialização, manteve-se no País, por descaso do Poder Pú-
blico, os gigantescos manicômios, antigas "colônias", povoados por
extenso contingente de pacientes já cronificados e abandonados por
suas famílias, bem como por enfermos agudos, mas indigentes, que pas-
saram a sofrer a influência perniciosa do ambiente inadequado e iso-

10

ASSINATURA

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
PLC n.º 008 de 19 91
Fis. 12

O TEXTO DEVE SER DATILOGRAFADO E APRESENTADO EM 4 VIAS

Não se admitirá emenda que diga respeito a mais de um dispositivo.

(art. 230 - RISF)

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE RECEBEDORA

01 - ETIQUETA - Local reservado para numeração da Emenda.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO AUTOR

- 02 - DATA - Data da apresentação da Emenda;
- 03 - PROPOSIÇÃO - Identificação da matéria à qual será oferecida a Emenda;
- 04 - AUTOR - Nome do(s) autor(es) da Emenda, considerando-se o primeiro subscritor como Autor;
- 05 - Nº PRONTUÁRIO - Corresponde ao nº do prontuário do Parlamentar no histórico funcional;
- 06 - TIPO - Assinalar com um "X" o tipo da Emenda, sendo:
- 1) Supressiva;
 - 2) Substitutiva;
 - 3) Modificativa;
 - 4) Aditiva;
 - 5) Substitutivo Global;
- 07 - PÁGINA - Nº sequencial da(s) página(s);
- 08 - REFERENCIA - Artigo, Parágrafo, Inciso, Alínea.
- OBS.: Preencher estes campos com os correspondentes do dispositivo a ser emendado.
- Nos casos de serem as Emendas:
- a) "Inclua-se onde couber", preencher o código "999" no campo correspondente ao artigo;
 - b) "Substitutivo Global", preencher o código "001" no campo correspondente ao artigo.
- 09 - TEXTO - Datilografar o texto da EMENDA e sua JUSTIFICATIVA;
- 10 - ASSINATURA - Local reservado para a assinatura do autor da EMENDA.

11 - DESTINO DAS VIAS:

1a. via - Original/Comissões

2a. via - CEGRAF

3a. via - Relator/Assessor

4a. via - Autor



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

1		ETIQUETA	
2 DATA 28 / 06 / 91		3 PROPOSIÇÃO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008, DE 1991	
4 AUTOR SENADOR JOSÉ FOGAÇA		5 Nº PRONTUÁRIO	
6 TIPO 1 ☐ - SUPRESSIVA 2 ☐ - SUBSTITUTIVA 3 ☒ - MODIFICATIVA 4 ☐ - ADITIVA 9 ☐ - SUBSTITUTIVO GLOBAL			
7 PÁGINA	8 ARTIGO	PARÁGRAFO	INCISO
			ALÍNEA

trogênico.

Entretanto, o hospital psiquiátrico, instituição existente em todos os países do mundo, sem exceção, é a instância de referência ou o locus especializado, onde se trata determinados doentes mentais nas fases agudas ou de reagudização, constituindo-se numa das inúmeras formas de atendimento em saúde mental e, não, a exclusiva. Sua existência é necessária para inúmeros casos, principalmente pelas peculiaridades da enfermidade mental, da mesma forma que se justifica a existência de hospitais de referência para o tratamento das doenças do aparelho locomotor, pelas peculiaridades destas, tais como os mantidos pela Fundação das Pioneiras Sociais.

De resto, tanto a inclusão do termo "hospitais psiquiátricos", no art. 2º, e sua substituição, no art. 1º, por "manicômio", como a supressão do impedimento de contratação de novos leitos em hospital psiquiátrico visam, sobretudo, o aperfeiçoamento do Projeto de Lei, reconduzindo-o ao leito do seu escopo maior e impedindo que necessidades prementes da saúde pública e a demanda reprimida em algumas regiões do Brasil deixem de ser atendidas pela impossibilidade legal de criação de serviços necessários ao povo.

Mantém-se, assim, o desiderato do Projeto de Lei de mudar-

10	ASSINATURA	COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS PLC Nº 08 de 1991 Fls. 13
----	------------	--

Não se admitirá emenda que diga respeito a mais de um dispositivo.

(art. 230 - RISF)

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE RECEPTORA

01 - ETIQUETA - Local reservado para numeração da Emenda.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO AUTOR

- 02 - DATA - Data da apresentação da Emenda;
- 03 - PROPOSIÇÃO - Identificação da matéria à qual será oferecida a Emenda;
- 04 - AUTOR - Nome do(s) autor(es) da Emenda, considerando-se o primeiro subscriptor como Autor;
- 05 - Nº PRONTUÁRIO - Corresponde ao nº do prontuário do Parlamentar no histórico funcional;
- 06 - TIPO - Assinalar com um "X" o tipo da Emenda, sendo:
- 1) Supressiva;
 - 2) Substitutiva;
 - 3) Modificativa;
 - 4) Aditiva;
 - 5) Substitutivo Global;
- 07 - PÁGINA - Nº sequencial da(s) página(s);
- 08 - REFERENCIA - Artigo, Parágrafo, Inciso, Alínea.

OBS.: Preencher estes campos com os correspondentes do dispositivo a ser emendado.

- Nos casos de serem as Emendas:

- a) "Inclua-se onde couber", preencher o código "999" no campo correspondente ao artigo;
- b) "Substitutivo Global", preencher o código "001" no campo correspondente ao artigo.

- 09 - TEXTO - Datilografar o texto da EMENDA e sua JUSTIFICATIVA;
- 10 - ASSINATURA - Local reservado para a assinatura do autor da EMENDA.

11 - DESTINO DAS VIAS:

1a. via - Original/Comissões

2a. via - CEGRAF

3a. via - Relator/Assessor

4a. via - Autor



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
28 / 06 / 913 PROPOSIÇÃO
PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008, DE 19914 AUTOR
SENADOR JOSÉ FOGAÇA

5 Nº PRONTUÁRIO

6 TIPO
1 ☐ - SUPRESSIVA 2 ☐ - SUBSTITUTIVA 3 ☒ - MODIFICATIVA 4 ☐ - ADITIVA 9 ☐ - SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA

8 ARTIGO

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO

se o modelo atual de atenção à doença psíquica, isto é, passando de hospitalocêntrico, quando se privilegia a internação, para um modelo mais consentâneo com os avanços da moderna psicofarmacoterapia e com as recentes e eficientes abordagens nos procedimentos de ressocialização do enfermo psiquiátrico. Não obstante, clareia-se o seu objetivo político e técnico, não se excluindo, de forma radical, o recurso imprescindível do hospital psiquiátrico para os casos que requeiram a sua utilização.

JOSÉ FOGAÇA

Senador

10 ASSINATURA

Não se admitirá emenda que diga respeito a mais de um dispositivo.

(art. 230 - RISF)

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE RECEBEDORA

01 - ETIQUETA - Local reservado para numeração da Emenda.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO AUTOR

- 02 - DATA - Data da apresentação da Emenda;
- 03 - PROPOSIÇÃO - Identificação da matéria à qual será oferecida a Emenda;
- 04 - AUTOR - Nome do(s) autor(es) da Emenda, considerando-se o primeiro subscritor como Autor;
- 05 - Nº PRONTUÁRIO - Corresponde ao nº do prontuário do Parlamentar no histórico funcional;
- 06 - TIPO - Assinalar com um "X" o tipo da Emenda, sendo:
- 1) Supressiva;
 - 2) Substitutiva;
 - 3) Modificativa;
 - 4) Aditiva;
 - 5) Substitutivo Global;
- 07 - PÁGINA - Nº sequencial da(s) página(s);
- 08 - REFERÊNCIA - Artigo, Parágrafo, Inciso, Alínea.
- OBS.: Preencher estes campos com os correspondentes do dispositivo a ser emendado.
- Nos casos de serem as Emendas:
- a) "Inclua-se onde couber", preencher o código "999" no campo correspondente ao artigo;
 - b) "Substitutivo Global", preencher o código "001" no campo correspondente ao artigo.
- 09 - TEXTO - Datilografar o texto da EMENDA e sua JUSTIFICATIVA;
- 10 - ASSINATURA - Local reservado para a assinatura do autor da EMENDA.

11 - DESTINO DAS VIAS:

1a. via - Original/Comissões
3a. via - Relator/Assessor

2a. via - CEGRAF
4a. via - Autor



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
28 / 06 / 913 PROPOSIÇÃO
PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008, DE 19914 AUTOR
SENADOR JOSÉ FOGAÇA

5 Nº PRONTUÁRIO

6 TIPO
1 ☐ - SUPRESSIVA 2 ☐ - SUBSTITUTIVA 3 ☒ - MODIFICATIVA 4 ☐ - ADITIVA 9 ☐ - SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA

8 ARTIGO

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO
EMENDA Nº 2

Ao Projeto de Lei da Câmara nº 008, de 1991, que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória."

Dê-se ao Artigo 2º do Projeto em epígrafe a seguinte redação:

"Art. 2º - As Administrações Regionais de Saúde (Secretarias Estaduais, Comissões Regionais e locais, Secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital psiquiátrico, hospital dia, hospital noite, centro de atenção, centro de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial."

JUSTIFICAÇÃO

10 ASSINATURA

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
PLC Nº 08 de 1991
Fls. 15

O TEXTO DEVE SER DATILOGRAFADO E APRESENTADO EM 4 VIAS

Não se admitirá emenda que diga respeito a mais de um dispositivo.

(art. 230 - RISF)

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE RECEBEDORA

01 - ETIQUETA - Local reservado para numeração da Emenda.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO AUTOR

- 02 - DATA - Data da apresentação da Emenda;
- 03 - PROPOSIÇÃO - Identificação da matéria à qual será oferecida a Emenda;
- 04 - AUTOR - Nome do(s) autor(es) da Emenda, considerando-se o primeiro subscriptor como Autor;
- 05 - Nº PRONTUÁRIO - Corresponde ao nº do prontuário do Parlamentar no histórico funcional;
- 06 - TIPO - Assinalar com um "X" o tipo da Emenda, sendo:
- 1) Supressiva;
 - 2) Substitutiva;
 - 3) Modificativa;
 - 4) Aditiva;
 - 5) Substitutivo Global;
- 07 - PÁGINA - Nº sequencial da(s) página(s);
- 08 - REFERÊNCIA - Artigo, Parágrafo, Inciso, Alínea.

OBS.: Preencher estes campos com os correspondentes do dispositivo a ser emendado.

- Nos casos de serem as Emendas:

- a) "Inclua-se onde couber", preencher o código "999" no campo correspondente ao artigo;
- b) "Substitutivo Global", preencher o código "001" no campo correspondente ao artigo.

09 - TEXTO - Datilografar o texto da EMENDA e sua JUSTIFICATIVA;

10 - ASSINATURA - Local reservado para a assinatura do autor da EMENDA.

11 - DESTINO DAS VIAS:

1a. via - Original/Comissões

2a. via - CEGRAF

3a. via - Relator/Assessor

4a. via - Autor



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 28 / 06 / 91 3 PROPOSIÇÃO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008, DE 1991

4 AUTOR SENADOR JOSÉ FOGAÇA 5 Nº PRONTUÁRIO

6 TIPO 1 ☐ - SUPRESSIVA 2 ☐ - SUBSTITUTIVA 3 ☒ - MODIFICATIVA 4 ☐ - ADITIVA 9 ☐ - SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA 8 ARTIGO PARÁGRAFO INCISO ALÍNEA

9 TEXTO

A emenda acima proposta visa atender a fins substantivos e sistemáticos.

O projeto de Lei em questão tem, como escopo primacial, conforme o explicita em sua ementa, "a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

Ora, já em seu art. 1º "proíbe" a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico", esta belecendo grande confusão entre manicômio e hospital psiquiátrico, ferindo o próprio espírito da lei e gerando dificuldades de ordem técnico-assistencial em saúde pública.

O termo "manicômio", embora literal e etimologicamente signifique hospital de doidos (do grego mani, es = louco + koméo, ô = lugar onde se trata, hospital) assumiu a conotação pejorativa de instituição asilar, colônia, lugar onde se segrega, pela primitiva denominação a que se deu, em décadas passadas, ao lugar onde se segregavam os doentes mentais, que não tinha, a esta época, recursos eficazes para o seu tratamento e reinserção social. Não obstante os modernos métodos terapêuticos que libertam os psicóticos da crise e permitem sua

10 ASSINATURA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS PLN.º 08 de 1991 Fls. 16

O TEXTO DEVE SER DATILOGRAFADO E APRESENTADO EM 4 VIAS

Não se admitirá emenda que diga respeito a mais de um dispositivo.

(art. 230 - RISF)

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE RECEBEDORA

01 - ETIQUETA - Local reservado para numeração da Emenda.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO AUTOR

- 02 - DATA - Data da apresentação da Emenda;
- 03 - PROPOSIÇÃO - Identificação da matéria à qual será oferecida a Emenda;
- 04 - AUTOR - Nome do(s) autor(es) da Emenda, considerando-se o primeiro subscritor como Autor;
- 05 - Nº PRONTUÁRIO - Corresponde ao nº do prontuário do Parlamentar no histórico funcional;
- 06 - TIPO - Assinalar com um "X" o tipo da Emenda, sendo:
- 1) Supressiva;
 - 2) Substitutiva;
 - 3) Modificativa;
 - 4) Aditiva;
 - 5) Substitutivo Global;
- 07 - PÁGINA - Nº sequencial da(s) página(s);
- 08 - REFERENCIA - Artigo, Parágrafo, Inciso, Alínea.

OBS.: Preencher estes campos com os correspondentes do dispositivo a ser emendado.

- Nos casos de serem as Emendas:

- a) "Inclua-se onde couber", preencher o código "999" no campo correspondente ao artigo;
- b) "Substitutivo Global", preencher o código "001" no campo correspondente ao artigo.

- 09 - TEXTO - Datilografar o texto da EMENDA e sua JUSTIFICATIVA;
- 10 - ASSINATURA - Local reservado para a assinatura do autor da EMENDA.

II - DESTINO DAS VIAS:

- 1a. via - Original/Comissões
- 3a. via - Relator/Assessor

- 2a. via - CEGRAF
- 4a. via - Autor



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA
28 / 06 / 913 PROPOSIÇÃO
PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008, DE 19914 AUTOR
SENADOR JOSÉ FOGAÇA

5 Nº PRONTUÁRIO

6 TIPO
1 ☐ - SUPRESSIVA 2 ☐ - SUBSTITUTIVA 3 ☒ - MODIFICATIVA 4 ☐ - ADITIVA 9 ☐ - SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA

8 ARTIGO

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO

ressocialização, manteve-se no País, por descaso do Poder Público, os gigantescos manicômios, antigas "colônias", povoados por extenso contingente de pacientes já cronificados e abandonados por suas famílias, bem como por enfermos agudos, mas indigentes, que passaram a sofrer a influência perniciosa do ambiente inadequado e isotrogênico.

Entretanto, o hospital psiquiátrico, instituição existente em todos os países do mundo, sem exceção, é a instância de referência ou o locus especializado, onde se trata determinados doentes mentais nas fases agudas ou de reagudização, constituindo-se numa das inúmeras formas de atendimento em saúde mental e, não, a exclusiva. Sua existência é necessária para inúmeros casos, principalmente pelas peculiaridades da enfermidade mental, da mesma forma que se justifica a existência de hospitais de referência para o tratamento das doenças do aparelho locomotor, pelas peculiaridades destas, tais como os mantidos pela Fundação das Pioneiras Sociais.

De resto, tanto a inclusão do termo "hospitais psiquiátricos", no art. 2º, e sua substituição, no art. 1º, por "manicômio", como a supressão do impedimento de contratação de novos leitos em hospital psiquiátrico visam, sobretudo, o aperfeiçoamento do Projeto de Lei, reconduzindo-o ao leito do seu escopo maior e impedindo que necessidades prementes da saúde pública e a demanda reprimida em algu

10 ASSINATURA

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
PLC Nº 08 de 19 91
Fls. 17

O TEXTO DEVE SER DATILOGRAFADO E APRESENTADO EM 4 VIAS

Não se admitirá emenda que diga respeito a mais de um dispositivo.

(art. 230 - RISF)

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE RECEBEDORA

01 - ETIQUETA - Local reservado para numeração da Emenda.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO AUTOR

- 02 - DATA - Data da apresentação da Emenda;
- 03 - PROPOSIÇÃO - Identificação da matéria à qual será oferecida a Emenda;
- 04 - AUTOR - Nome do(s) autor(es) da Emenda, considerando-se o primeiro subscriptor como Autor;
- 05 - Nº PRONTUÁRIO - Corresponde ao nº do prontuário do Parlamentar no histórico funcional;
- 06 - TIPO - Assinalar com um "X" o tipo da Emenda, sendo:
- 1) Supressiva;
 - 2) Substitutiva;
 - 3) Modificativa;
 - 4) Aditiva;
 - 5) Substitutivo Global;
- 07 - PÁGINA - Nº sequencial da(s) página(s);
- 08 - REFERÊNCIA - Artigo, Parágrafo, Inciso, Alínea.

OBS.: Preencher estes campos com os correspondentes do dispositivo a ser emendado.

- Nos casos de serem as Emendas:

- a) "Inclua-se onde couber", preencher o código "999" no campo correspondente ao artigo;
- b) "Substitutivo Global", preencher o código "001" no campo correspondente ao artigo.

- 09 - TEXTO - Datilografar o texto da EMENDA e sua JUSTIFICATIVA;
- 10 - ASSINATURA - Local reservado para a assinatura do autor da EMENDA.

11 - DESTINO DAS VIAS:

1ª. via - Original/Comissões

2a. via - CEGRAF

3a. via - Relator/Assessor

4a. via - Autor



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA

28 / 06 / 91

3 PROPOSIÇÃO

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008, DE 1991

4 AUTOR

, SENADOR JOSÉ FOGAÇA

5 Nº PRONTUÁRIO

6 TIPO

1 ☐ - SUPRESSIVA2 ☐ - SUBSTITUTIVA3 ☒ - MODIFICATIVA4 ☐ - ADITIVA9 ☐ - SUBSTITUTIVO GLOBAL

7 PÁGINA

8 ARTIGO

PARÁGRAFO

INCISO

ALÍNEA

9 TEXTO

mas regiões do Brasil deixem de ser atendidas pela impossibilidade legal de criação de serviços necessários ao povo.

Mantém-se, assim, o desiderato do Projeto de Lei de mudar-se o modelo atual de atenção à doença psíquica, isto é, passando de hospitalocêntrico, quando se privilegia a internação, para um modelo mais consentâneo com os avanços da moderna psicofarmacoterapia e com as recentes e eficientes abordagens nos procedimentos de ressocialização do enfermo psiquiátrico. Não obstante, clareia-se o seu objetivo político e técnico, não se excluindo, de forma radical, o recurso imprescindível do hospital psiquiátrico para os casos que requeiram a sua utilização.

JOSÉ FOGAÇA

Senador

10

ASSINATURA

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

PLC N.º 08 de 19 91

Fls. 18

Não se admitirá emenda que diga respeito a mais de um dispositivo.

(art. 230 - RISF)

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE RECEBEDORA

01 - ETIQUETA - Local reservado para numeração da Emenda.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO AUTOR

- 02 - DATA - Data da apresentação da Emenda;
- 03 - PROPOSIÇÃO - Identificação da matéria à qual será oferecida a Emenda;
- 04 - AUTOR - Nome do(s) autor(es) da Emenda, considerando-se o primeiro subscritor como Autor;
- 05 - Nº PRONTUÁRIO - Corresponde ao nº do prontuário do Parlamentar no histórico funcional;
- 06 - TIPO - Assinalar com um "X" o tipo da Emenda, sendo:
- 1) Supressiva;
 - 2) Substitutiva;
 - 3) Modificativa;
 - 4) Aditiva;
 - 5) Substitutivo Global;
- 07 - PÁGINA - Nº sequencial da(s) página(s);
- 08 - REFERÊNCIA - Artigo, Parágrafo, Inciso, Alínea.

OBS.: Preencher estes campos com os correspondentes do dispositivo a ser emendado.

- Nos casos de serem as Emendas:

- a) "Inclua-se onde couber", preencher o código "999" no campo correspondente ao artigo;
- b) "Substitutivo Global", preencher o código "001" no campo correspondente ao artigo.

- 09 - TEXTO - Datilografar o texto da EMENDA e sua JUSTIFICATIVA;
- 10 - ASSINATURA - Local reservado para a assinatura do autor da EMENDA.

11 - DESTINO DAS VIAS:

- 1a. via - Original/Comissões
3a. via - Relator/Assessor

- 2a. via - CEGRAF
4a. via - Autor



APRESENTAÇÃO DE EMENDAS

2 DATA 15 / 08 / 91		3 PROPOSIÇÃO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 08, DE 1991	
4 AUTOR SENADOR LOURIVAL BAPTISTA		5 Nº PRONTUÁRIO	
6 TIPO 1 ☐ - SUPRESSIVA 2 ☐ - SUBSTITUTIVA 3 ☒ - MODIFICATIVA 4 ☐ - ADITIVA 9 ☐ - SUBSTITUTIVO GLOBAL			
7 PÁGINA 01	8 ARTIGO 3º	PARÁGRAFO § 2º	INCISO ALÍNEA

EMENDA Nº 03

No Artigo 3º, § 2º, do Projeto de Lei em referência, onde se lê 24 horas, leia-se 72 horas.

JUSTIFICAÇÃO

O objetivo da presente emenda é corrigir no projeto o prazo tecnicamente exíguo para uma avaliação eficaz, considerando a exigência prevista neste artigo da "defensoria pública ou outra autoridade judiciária designada, ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e a quem julgar conveniente, emitindo parecer no prazo de apenas 24 horas sobre a legalidade da internação", prazo este que na prática não se cumpriria, devido as próprias características e peculiaridades, próprias e subjetivas, que envolvem este tipo de tratamento emergencial e providências dele decorrentes.

Esta emenda permitiria assegurar, em termos de prazo indispensável, a internação e tratamento de emergência em casos agudos, bem como as providências de ordem legal, segundo avaliação criteriosa dos casos previstos.

10 ASSINATURA <i>Lourival Baptista</i>	COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS PLC Nº 08 de 19 91 Fls. 19
---	---

Não se admitirá emenda que diga respeito a mais de um dispositivo.

(art. 230 - RISF)

CAMPO A SER PREENCHIDO PELA UNIDADE RECEBEDORA

01 - ETIQUETA - Local reservado para numeração da Emenda.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO AUTOR

- 02 - DATA - Data da apresentação da Emenda;
- 03 - PROPOSIÇÃO - Identificação da matéria à qual será oferecida a Emenda;
- 04 - AUTOR - Nome do(s) autor(es) da Emenda, considerando-se o primeiro subscritor como Autor;
- 05 - Nº PRONTUÁRIO - Corresponde ao nº do prontuário do Parlamentar no histórico funcional;
- 06 - TIPO - Assinalar com um "X" o tipo da Emenda, sendo:
- 1) Supressiva;
 - 2) Substitutiva;
 - 3) Modificativa;
 - 4) Aditiva;
 - 5) Substitutivo Global;
- 07 - PÁGINA - Nº sequencial da(s) página(s);
- 08 - REFERÊNCIA - Artigo, Parágrafo, Inciso, Alínea.
- OBS.: Preencher estes campos com os correspondentes do dispositivo a ser emendado.
- Nos casos de serem as Emendas:
- a) "Inclua-se onde couber", preencher o código "999" no campo correspondente ao artigo;
 - b) "Substitutivo Global", preencher o código "001" no campo correspondente ao artigo.
- 09 - TEXTO - Datilografar o texto da EMENDA e sua JUSTIFICATIVA;
- 10 - ASSINATURA - Local reservado para a assinatura do autor da EMENDA.

11 - DESTINO DAS VIAS:

1a. via - Original/Comissões
3a. via - Relator/Assessor

2a. via - CEGRAF
4a. via - Autor



PARECER No.

Da Comissão de Assuntos Sociais, sobre o Projeto de Lei da Câmara no. 08/91 (Projeto de Lei no. 3.657, de 1989, na origem) que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

Relator: Senador JOSÉ PAULO BISOL

INTRODUÇÃO

Veio a esta Casa Revisora e foi distribuído à Comissão de Assuntos Sociais o Projeto de Lei da Câmara no. 8, de 1991, que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
PLe nº 08/91
20



2.

1. RESUMO DO PROJETO

O projeto, de iniciativa do deputado Paulo Delgado, tramitou normalmente pela Câmara e, tal como foi aprovado, estabelece:

I. a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos;

II. a proibição de contratação ou financiamento, pela Administração Pública, de novos leitos em hospital psiquiátrico, salvo nas regiões sem estrutura ambulatorial adequada;

III. a base institucional para uma Reforma Psiquiátrica que será gradativa e consistirá em substituir o atual sistema hospitalocêntrico de assistência ao doente mental por um sistema diversificado de recursos advindos da construção de uma rede integrada de serviços como ambulatórios, hospitais-dia, hospitais-noite,



3.

unidades de emergência psiquiátrica nos hospitais gerais, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção intensiva, centros de atenção integral, lares abrigados, pensões protegidas, cooperativas, oficinas para atividades construtivas, etc., de tal forma que as internações hospitalares sejam reduzidas ao estritamente necessário e realizadas em unidades especializadas dos hospitais gerais;

IV. o controle judicial das internações compulsórias.

2. SUSTENTAÇÃO ÉTICO-FILOSÓFICA DO PROJETO

Três evidências demonstram que o projeto, como idéia, é importante e necessário. Primeiro, a doença mental não exclui a dignidade da pessoa humana e o seu pressuposto, a liberdade. Segundo, a doença mental não exclui a justiça como exigência inerente a dignidade da pessoa humana. Terceiro, a doença mental não exclui a cidadania, sobretudo seu substrato, o

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Ple N° 08 de 19 91
fls. 99 8



4.

direito a convivência social. Essas três evidências mostram que a sociedade e o Estado têm deveres mal cumpridos para com os doentes mentais, sobretudo o de lhes dar condições de exercer a própria humanidade como humanidade convivida, o que induz reduzir as internações involuntárias ao limite extremo da impossibilidade objetiva de não realizá-las.

3. AS TRÊS IDÉIAS BÁSICAS DO PROJETO

Para implantar a reforma psiquiátrica o Projeto formula três mandamentos legais básicos, a saber: proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos; proíbe a Administração Pública de contratar ou financiar novos leitos em hospitais psiquiátricos, salvo em regiões sem recursos alternativos; e estabelece o controle judicial das internações compulsórias em hospitais psiquiátricos.

São três mandamentos fortes, modernos e pragmáticos, com ligações ora remotas ora próximas ao que se passa na área da saúde mental, de 1960 para cá, na Itália, Inglaterra, França, Alemanha, Canadá, Estados Unidos e outros

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
12º N.º 08 de 1994
Hs. 930



5.

países. A Itália, com Franco Basaglia de mentor, criou um modelo chamado de desinstitucionalização, ou seja, como disse Franco Rotelli, "um modelo de desconstrução lenta e gradual de todos os preceitos do hospital psiquiátrico e de construção, fora do mesmo, de novos serviços que tivessem uma lógica inversa à da exclusão, do internamento, da opressão própria dos hospitais psiquiátricos". Na prática, ao invés da desconstrução paulatina dos preceitos institucionais do hospital psiquiátrico tentou-se acabar com ele. A reforma fracassou e acaba de ser revisada pela legislação. Nos Estados Unidos o fracasso foi maior porque a chamada "desospitalização" não tinha embasamento teórico sustentável como o da "desinstitucionalização" italiana. Os americanos queriam fechar mesmo os hospitais e se puseram a soltar os doentes mentais nas ruas. Sobreveio o fracasso e tudo está sendo revisto. Outros países como o Canadá e a Inglaterra construíram excelentes redes de serviços alternativos, conseguindo aprimorar a atenção aos doentes mentais sem, entretanto, reduzir consideravelmente as internações em hospitais psiquiátricos. / O mesmo ocorreu, mutatis mutandis, em todos os países da Europa Ocidental, o que legitima a conclusão de Franco Rotelli no sentido de que suplantar os hospitais psiquiátricos revelou-se, por enquanto, uma ilusão.

Não se desentranhará desses fatos a conclusão de que a idéia de reforma psiquiátrica deva ser posta de lado. Pelo contrário, a centralização da atenção aos doentes mentais

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
De nº 08 de 1972
11-24-8



6.

no hospital psiquiátrico continua sendo objeto das mais incisivas condenações de natureza científica, técnica, social, moral, jurídica e política. Às razões que basearam essas condenações a nossa experiência acrescenta o triste fato de que o sistema hospitalocêntrico engendrou e nutriu uma cultura discriminatória que acabou fazendo de todos os doentes mentais, ricos ou pobres, verdadeiros párias sociais.

É conveniente ressaltar, entre as condenações, a Declaração de Caracas, da qual o Brasil é signatário, feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores, juristas, todos representando 15 países. Dessa declaração consta "que a reestruturação da atenção psiquiátrica implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços"; consta ainda "que a capacitação de recursos humanos em saúde mental e em psiquiatria deve ser feita de acordo com um modelo cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e recomenda a internação psiquiátrica - quando necessária - em hospitais gerais...", de modo a fundar um sistema que se incline para "a manutenção do doente em seu meio comunitário", e para "salvaguardar invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis".

Outra condenação, pelo menos implícita, se se considerar como objeto dela o caráter segregacional, discriminatório e opressivo das internações psiquiátricas, é o

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Rel. nº 282 de 19 92
16/85



7.

Informe da Comissão de Direitos Humanos que a ONU deu a lume em fevereiro deste ano. A meu ver, por seu espírito, o documento sugere uma profunda alteração institucional do hospital psiquiátrico, para, mediante o controle social das internações, garantir ao doente mental a dignidade de sua pessoa humana e a plenitude de sua condição de cidadão.

O substitutivo que propomos tem muito a ver com o pressuposto de que, no atual estágio histórico da atenção aos doentes mentais, é precipitado dissolver ou tentar dissolver o hospital psiquiátrico. A questão é, a esta altura, dilemática, pois, contra a idéia de dissolução emerge a alternativa de, como diziam os psiquiatras de Trieste, "desinstitucionalizar", ou seja, inverter a institucionalidade do hospital psiquiátrico, o que significa desentranhar dele o ranco segregacional e opressivo imprimindo-lhe uma lógica inversa à da estigmatização, da reclusão e da cronificação, hipótese em que ele pode ser um importante recurso de atenção e tratamento do doente mental.

4. DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os dois primeiros passos da Reforma Psiquiátrica são proibições que, no essencial, não podiam ser diferentes. Proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação e financiamento pela Administração Pública de

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. nº 08 de 19 22
115 206 9



8.

novos leitos em hospitais psiquiátricos privados decorre da necessidade de alocar recursos financeiros para construir a infraestrutura do novo sistema de tratamento, assistência, proteção e custódia dos doentes mentais. Trata-se de alocação corrigida de verbas públicas habituais, o que mostra, em primeiro lugar, a clarividência e o realismo da proposta institucional. Aliás, há uma relação de complementaridade material entre as duas proibições e o processo de substituição do sistema, pois, durante a implantação da reforma, conforme o substitutivo, as verbas destinadas à construção de hospitais serão destinadas à construção de ambulatorios, unidades de internação em hospitais gerais, unidades de emergência em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de atenção integral, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção intensiva, lares abrigados, pensões protegidas, cooperativas, oficinas para atividades construtivas e assim por diante, de tal sorte que as internações desnecessárias, realizadas somente em razão da ausência desses recursos alternativos, deixarão de ocorrer, implicando numa automática e progressiva redução da necessidade de hospitais psiquiátricos públicos e de contratação ou financiamento de novos leitos hospitalares privados. A imperatividade dessa lógica nos autoriza a afirmar que, partindo do caráter gradual de sua implantação, a reforma psiquiátrica que o projeto propõe tem condições de ser realizada dentro de padrões orçamentários de notória viabilidade e impressionante exequibilidade, não

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Ple N.º 98 de 19 24
11. 27



9.

obstante a insignificância da taxa do PIB reservada para a saúde. Observe-se que há consenso no sentido de que a maioria das internações em hospitais psiquiátricos só se justifica pela ausência de recursos alternativos como os acima relacionados, o que significa que iniciada a implantação dos aludidos recursos imediatamente se verificará a correlata redução da necessidade de leitos hospitalares, mas não significa a dissolução do hospital psiquiátrico e sim de sua hegemonia. O hospital psiquiátrico, se for capaz de inverter a substância estigmatizante e opressiva de sua institucionalidade, poderá vir a ser, em futuro próximo, um importante instrumento da própria reforma psiquiátrica.

5. DO CONTROLE DAS INTERAÇÕES INVOLUNTÁRIAS

Por sua vez, o controle das internações involuntárias além de estar consagrado pelas legislações mais avançadas, é, entre nós, a meu ver, um imperativo constitucional. Com efeito, a teor do art. 5o., inciso LIV, da Constituição Federal, "ninguém será privado da liberdade... senão o devido processo legal". A não aplicação desse dispositivo nas internações involuntárias para tratamento, assistência, proteção

11/03/2024



10.

e custódia de doentes mentais só se explica pela conhecida deficiência operacional de nossas instituições. Não discutirei o pretenso argumento de que o dispositivo não alcança os doentes mentais. Trata-se de alegação cuja imoralidade só não se manifesta claramente em razão do cinismo com que os sedizentes realistas a encobrem com desvios retóricos sobre as relações da doença mental com o livre arbítrio. Entendemos que, se a doença afeta ou pode afetar o livre arbítrio essa é uma razão a mais para que se dê cumprimento ao imperativo constitucional. Nessa parte, a idéia do projeto, é imbatível, embora a solução adotada seja incorreta na forma. Diga-se de passagem, que a resistência que alguns psiquiatras oferecem ao controle das internações nasce de um desvio de foco. Supõe que a decisão técnico-científica é deslocada de seu titular, o profissional especializado em psiquiatria, para um leigo, seja ele o juiz de direito ou outro órgão estatal. Não é o que ocorre, pois, no aspecto estritamente psiquiátrico, ou a decisão daquele órgão homologa o diagnóstico ou ela se sustenta em perícia realizada por profissionais especializados. Aliás, a suposição de que só especialistas podem controlar as ações que requerem especialização é paralógica, pois, além da democracia implicar a universalidade e a reciprocidade do controle de procedimentos socialmente relevantes, nada, nem a lei pode excluir "da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito", o que significa que o comportamento humano em geral, por mais especialização que implique, está sujeito ao "controle judicial"

Comissão de Assuntos Sociais
Re. nº 02 de 19 94
115



12.

criação de sentidos, tenham produzido ao correr dos tempos, não afetam a objetividade normativa do projeto, que supõe, em futuro distante, o fim dos hospitais psiquiátricos, chamem-se eles como se quiser e quaisquer que sejam as qualidades de alguns em relação aos defeitos de outros, o que o substitutivo não reproduz. O projeto encampa, em matéria de internações de natureza psiquiátrica, a Declaração de Caracas, ou seja: internação somente se e enquanto necessária, e sempre em unidades especializadas dos hospitais gerais. O substitutivo assume esse rumo sem abraçar como idéia final a futura dissolução dos hospitais psiquiátricos e sem opor-se a essa possibilidade, estimulando-os a se afeicoarem ao novo modelo em todos os níveis, o profilático (prevenção primária), o de diagnóstico e terapêutica (prevenção secundária) e o de reabilitação (prevenção terciária).

Entenda-se: não se cogita de extinguir a iniciativa privada de construir e manter hospitais psiquiátricos nem se cogita de internações voluntárias em hospitais psiquiátricos ou similares. As proibições do projeto se circunscrevem à iniciativa pública. Cogita-se, efetivamente, de implantar um modelo de Administração Pública da saúde mental que crie uma rede de recursos alternativos, os quais reduzirão gradativamente a necessidade de internações involuntárias, até que se alcance a possibilidade concreta de só internar quando não houver outra alternativa de igual ou superior eficácia.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Ple nº 02 de 1971
31 20



11.

na medida em que afeta direitos e deveres. A falácia do pretenso argumento se torna ainda mais evidente ao observarmos que se o controle das internações de doentes mentais ficar ao encargo de psiquiatras, o que é juridicamente viável, o próprio controle, na medida em que afetar direitos e deveres, ficará sujeito à apreciação do Poder Judiciário. Cumpre, finalmente, lembrar que, a teor do projeto, a internação é realizada independentemente de qualquer controle do Estado ou da Sociedade. Vale dizer, "o devido processo legal" se perfaz "a posteriori", nada interferindo em relação ao momento mais oportuno da internação necessária.

6. UMA QUESTÃO INFELIZ

Parece mentira, mas há quem pergunte se o projeto propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos. Ora, a ementa diz: "Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais..." Por sua vez, o artigo 2o., in caput, fala em "progressiva extinção dos leitos de característica manicomial".

Conceitualmente, manicômio é hospital psiquiátrico e hospital psiquiátrico é manicômio. As diferenças semânticas que o uso dessas palavras e a cultura, como processo social de

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Ple. nº 03 de 1971
11-32



13.

Argumenta-se que na Itália e nos Estados Unidos a "desospitalização" foi um desastre. Já consideramos o assunto no item três (3) deste relatório. As falhas das reformas realizadas por países mais civilizados são ensinamentos que não podem ser postos de lado, mas em hipótese nenhuma legitimariam a perpetuação do sistema hospitalocêntrico de atenção ao doente mental, sistema esse reconhecido como perverso e nitidamente inconstitucional.

Esse sistema é, hoje, objeto de abolição universal, justamente porque acaba produzindo uma cultura insensível ao caráter inconstitucional do confinamento hospitalar involuntário, necessário em razão da inércia da administração pública, que não constrói, por suas próprias forças e pelo estímulo à iniciativa privada, uma rede de recursos alternativos que empurraria a legitimidade daquele confinamento ao extremo limite da necessidade incontornável.

A idéia de que se deve procurar reduzir as internações ao extremo limite da impossibilidade concreta de agir de outro modo é indiscutível. Não conheço quem argumente às claras em contrário. O que é discutível é a hipótese ainda não comprovada de que em todos os casos de internação necessária o hospital psiquiátrico possa ser substituído, com vantagem, por unidades especializadas em hospitais gerais. Igualmente discutível é a competência dos hospitais psiquiátricos para se

COMISSÃO DE RECURSOS SOCIAIS
126 N.º 08 de 1976
115-328



14.

transformarem numa extensão da comunidade, como os hospitais gerais, e assim se prepararem para os novos meios de atenção ao doente mental, conforme o caso.

A meu ver, o projeto tornaria insignificante a área de sua discutibilidade se deixasse para o futuro, para a gestação dos fatos, isto é, para a História, a decisão de extinguir ou não os hospitais psiquiátricos. É o que fazemos no substitutivo. Em alguns países, registra-se uma tendência para preservar os hospitais psiquiátricos sobretudo as "comunidades terapêuticas", as quais, entretanto, supõem a livre circulação dos internados, um conjunto minimal de regras de conduta imperativas e o prévio diagnóstico da razoável sociabilidade do doente. Não absorvem, por conseguinte, a maior parte das internações involuntárias.

Ademais, se por um lado, como diz Franco Rotelli, "devemos enfrentar com planos e projetos específicos os hospitais psiquiátricos que, de outra forma, continuarão a dominar o campo psiquiátrico, produzindo e reproduzindo a própria cultura e moldando as novas gerações de técnicos e profissionais, que nunca prestarão contas do próprio pecado original", pelo outro lado, devemos reconhecer que, se o problema é cultural e envolve a questão da formação de outra atitude da sociedade, do próprio psiquiatra e dos demais profissionais da saúde mental, a lei nada conseguirá, por si só,

Recebido em 19/02/88
16.03.88
19/2



15.

cumprindo-lhe apenas gerar objetivamente as condições legais necessárias para que se crie o ambiente propício àquelas transformações culturais. Essa é a filosofia do substitutivo. Elaborar pressupostos normativos e prever procedimentos que favoreçam a transformação cultural, de tal forma que os próprios doutores da psiquiatria, da psicologia, da enfermagem especializada e da assistência social desenvolvam uma transformação tal da atenção aos doentes mentais que o futuro possa nos oferecer uma das alternativas em discussão: ou a dissolução do hospital psiquiátrico, por inconveniente, ou a inversão de sua institucionalidade e de sua lógica atitudinal. Ou transformamos os hospitais psiquiátricos em grandes laboratórios da emancipação dos cidadãos afetados por doença mental, ou teremos de dissolver a instituição, substituindo-a definitivamente pela internação, quando necessária, em unidades especializadas dos hospitais gerais, respeitado o "devido processo legal".

Por conseguinte, não se trata da malsinada desospitalização. Aliás, o projeto, a rigor, não propõe a desospitalização, salvo se por esta palavra se entender a gradativa substituição das hospitalizações desnecessárias, ou que se tornaram necessárias pela ausência de recursos cientificamente mais recomendáveis. Todavia, para tirar proveito das experiências italiana e americana, resolvemos oferecer substitutivo que inclua o controle estatal das assim

RECEBUE
Nº 08 de 19 91
34
DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS SOCIAIS



16.

chamadas desospitalizações. Essa previsão legal põe de lado o argumento de que a reforma psiquiátrica vai encher irresponsavelmente as ruas de doentes mentais abandonados.

Haverá, então, controle estatal da internação, da permanência da internação e da desinternação. Esse controle, como mostrarei a seguir, poderá deixar de ser estatal em futuro próximo.

7. DO ÓRGÃO DE REVISÃO OU CONTROLE

O defeito incontornável do projeto é a forma de controle judicial que estabeleceu, ou melhor, o fato de não ter definido forma nenhuma. O artigo 30., por exemplo, comete um erro incurável: toma a Defensoria Pública como autoridade judiciária. Pela Constituição Federal só podem ser consideradas autoridades judiciárias as previstas pelo capítulo III, secções I a VIII, artigos 92 a 126. A Defensoria Pública está prevista na secção III, artigo 134, do capítulo IV, da Constituição, que trata "Das funções essenciais à Justiça" e não de funções judiciais. Logo, o artigo 30. do Projeto é inconstitucional na medida em que defere à Defensoria Pública o exercício de

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. nº 08 de 19 24
16. 25



17.

autoridade judiciária. Certamente, o projeto podia atribuir à Defensoria Pública a função de órgão de revisão ou controle, desde que esse órgão não fosse, explícita ou implicitamente definido pelo próprio projeto como judiciário. Então, o Poder Judiciário ficaria, como normalmente acontece, com o espaço decisório da recorribilidade. Acontece que o projeto se refere à Defensoria Pública como autoridade judiciária, concebendo o controle ou revisão como atribuição ou dever do Poder Judiciário, do qual a Defensoria não faz parte. O equívoco cometido no "caput" do artigo é repetido nos parágrafos 2o. e 3o. Não há a menor possibilidade de passar por cima desse erro. Observe-se que os parágrafos do artigo 3o., feita a referência à Defensoria Pública, colocam entre parênteses a possibilidade de que "outra autoridade judiciária" venha a ser designada para cumprir com a obrigação que ela estabelece. Além do que foi dito, esse procedimento não é tecnicamente recomendável porque, tornando difusa a definição do destinatário do dever jurídico criado pelo dispositivo, converte-o numa regra jurídica inaplicável ou de difícil aplicação. Com efeito, a exigibilidade concreta do cumprimento da regra jurídica depende da clara definição do titular do dever jurídico que ela estatui.

Isto posto, resolvemos regradar mais claramente o "devido processo legal" das internações e desinternações. Acorados na tradição do Direito Brasileiro e para o efeito de manter a fidelidade possível ao projeto original, propomos, no

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Rel. R. de 19 26
26



18.

substitutivo, que o controle das internações e desinternações hospitalares não seja judicial. Será, isto sim, atribuição e dever do Ministério Público e não da Defensoria Pública, ressalvada, é claro, a faculdade constitucional de provocação da apreciação do Judiciário. É que a Defensoria Pública prevista pela Constituição está ainda dependendo de lei complementar que lhe dê forma, e o que dela existe concretamente não passa do que sobrou dos assim chamados "serviços de assistência judiciária gratuita". Vale dizer, pouquíssimo, e nada estrutural e abrangentemente nacional como é o Ministério Público, a quem a Constituição, no artigo 129, inciso II, confere o dever de "zelar pelo efetivo respeito ... dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia". Ademais, é tradição do direito civil brasileiro atribuir ao Ministério Público a curatela geral dos doentes mentais.

Queremos, entretanto, deixar claro o nosso pensamento sobre o controle das internações psiquiátricas involuntárias. Em primeiro lugar entendemos que esse controle só pode ser revisional. É óbvio, seria um absurdo fazer a internação esperar por outra decisão que não a do psiquiatra e do próprio internando quando possível. Em segundo lugar, entendemos que o órgão de revisão ou controle não precisa ser estatal, ressalvada, é claro, a recorribilidade, de acordo com o que dispõe o artigo 50., inciso XXXV, da Constituição Federal.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Rel. R. N. 27 de 19 24



Este é o ponto de vista esposado pela ONU no Informe da Comissão de Direitos Humanos dado a conhecer no início deste ano de 1991. "O órgão de revisão será um órgão judicial ou outro independente e imparcial" desde que "estabelecido pela legislação nacional", capacitado para "atuar de conformidade com os procedimentos estabelecidos pela legislação nacional e assistido por "profissionais de saúde mental qualificados, independentes" e vinculados ao "seu Conselho",- consoante dispõe o parágrafo 10. do Princípio 17.

Não é, pois, impróprio deixar aqui registrado o entendimento de que o controle poderá, no futuro, ser atribuído a órgão não estatal como seria, por exemplo, o caso de um Conselho formado pela associação dos psiquiatras, ou o próprio Conselho de Ética da Associação ou um Conselho de Profissionais da Saúde Mental, desde que nos termos do "devido processo legal", ou seja, segundo o estabelecido pela lei e respeitado o disposto pelo artigo 50., inciso XXXV, da Constituição Federal.

O ideal, ao que parece, é uma Defensoria especial, do tipo "ombudsman" dos doentes mentais. Mas não se pode ignorar que, nas condições atuais, o Ministério Público é o órgão mais indicado para o exercício do controle, dada a sua idoneidade, a sua competência e a capacidade estrutural que tem de abranger como nenhum outro grande parte das unidades populacionais do país.

18-02-1988



3. DO SUBSTITUTIVO E DAS EMENDAS

Creio que estão postas as razões pelas quais decidimos propor projeto substitutivo que, a um só tempo, incorpore o projeto original, ratifique seus conteúdos mandamentais, reproduza sua filosofia e suas finalidades, elimine os defeitos constitucionais apontados, e, quem sabe, em alguma casual omissão o complemento, e aperfeiçoe, imprimindo-lhe uma explicitude de propósitos e uma clareza conceitual que seja capaz de pôr em desconforto os que de boa ou de má fé a ele se opuseram e se opõem.

O substitutivo afeta a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, que fica submetida, no tocante a sua duração ou permanência definitiva, a uma reavaliação aprazada para 1996. O substitutivo afeta também a proibição de contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos ressaltando não apenas os necessários por ausência dos recursos alternativos como também as necessárias em razão da natureza da doença ou dos seus sintomas ou efeitos comportamentais em relação aos valores humanos fundamentais do paciente ou terceiros.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. N.º 02 de 19 94
Fls. 39



21.

Escusado dizer que o substitutivo sob certo enfoque rejeita as emendas propostas pelo brilhante senador José Fogaca, mas sob outro prisma as incorpora. As razões da rejeição e da incorporação integram este texto. Inobstante isso não é demais acrescentar que, ao pretender que a lei distinga os manicômios dos hospitais psiquiátricos e a estes preserve como um dos recursos da reforma, as emendas oferecem armas estratégicas para os que querem impedir a reforma. A diferenciação semântica é culturalmente tão sustentável que adotamos, sem tergiversação, toda a argumentação desenvolvida a respeito pelo ínclito senador. Por outro lado, pessoalmente acreditamos que só o futuro poderá decidir se o hospital psiquiátrico é ou não é, em alguns casos de internação necessária, um recurso mais conveniente que a unidade psiquiátrica de internação nos hospitais gerais. Pessoalmente, até por idiosincrasia tendemos a pensar que hospitais psiquiátricos do tipo "comunidade terapêutica" podem ser uma opção do próprio paciente em função de seu modo particular de se sentir feliz ou menos infeliz, desde que assim se sinta na medida em que deixa de lado, ou abstrai, temporária ou definitivamente, uma sociedade que não cansa de agredí-lo. Isso para não mencionar o óbvio, isto é, a necessidade social incontornável de internar os doentes auto ou hetero destrutivos. Daí porque circunscrevemos a proibição de construção de hospitais psiquiátricos públicos ao tempo necessário para a implantação dos recursos alternativos, na certeza de que,

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
PLC Nº 08 de 1971
11-10-71



22.

durante esse período, destinar verbas públicas para a construção de hospitais psiquiátricos seria o mesmo que impossibilitar a implantação do novo modelo de atendimento. Mas, ao mesmo tempo, eliminamos qualquer possibilidade de distinção, no contexto do substitutivo, entre hospital psiquiátrico, manicômio e estabelecimentos similares, porque abrir essa dilacão hermenêutica é o mesmo que antecipar obstáculos à reforma. Além disso, se a classificação dos hospitais psiquiátricos é necessária, dado o seu caráter contingente, ela não compete à lei e sim ao Ministério da Saúde, pois o que é exigível de um hospital ou unidade para psicóticos não é exigível de hospital ou unidade para neuróticos, o mesmo cumprindo dizer dos hospitais ou unidades diferentemente destinadas a casos agudos, subagudos ou crônicos. O Ministério da Saúde tem publicado provimentos a respeito, inclusive distinguindo os hospitais com serviços de terapêutica ocupacional, escolarização ou assistência social especializada, etc, de outros.

Pelas mesmas razões, evitamos relacionar o hospital psiquiátrico como um dos recursos de atendimento do novo modelo, deixando para o futuro, para a faticidade, para a História essa importante decisão, que sendo importante não é urgente, como qualquer inteligência mediana pode perceber.

Por outro lado, cumprido o plano, realizada a reforma, o hospital psiquiátrico poderá vir a ser,

MINISTÉRIO DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE MENTAL
12/10/2011
12/10/2011
12/10/2011



23.

preceitualmente, outra coisa, certamente sem consequência estigmatizante, de tal forma que, eliminada a sua tendência à centralização, talvez se incorpore ao novo sistema como um dos seus recursos.

Isto posto, respeitamos o ponto de vista das emendas, a concepção, a moral e a filosofia a elas inerentes, mas não podemos deixar de registrar que, pelo fato de serem nobres na perspectiva idônea e inteligente de seu autor elas não deixam de ser, em outras perspectivas, expedientes e instrumentos de luta contra a implantação do modelo não hospitalocêntrico de atendimento dos doentes mentais.

Em resumo, as emendas sob consideração podem destruir a reforma psiquiátrica, que por sinal já começou a ser implantada, e com sucesso, pela administração pública.

Consigne-se que a emenda do nobre senador Lourival Baptista foi, em parte substancial, incorporada ao Substitutivo.

9. CONCLUSÃO

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. N° 05 de 1951
fls. 49 P



24.

Em face do exposto, concluímos pelo incomum mérito humano, social e moral do Projeto, cujos fins precisam ser preservados, mas não podemos deixar de reconhecer a sua injuridicidade parcial - que abrange os dispositivos que regulam o controle das internações de natureza psiquiátrica. Concluímos, outrossim, pela apresentação de substitutivo que, além de eliminar a inconstitucionalidade e rejeitar as emendas, aprume a rigidez de seus mandamentos proibitivos ao concreto vir a ser de uma reforma psiquiátrica, crie objetivamente o "devido processo legal" das internações e desinternações, e, finalmente, busque a necessária explicitude naqueles espaços conceituais onde qualquer imprecisão permite, aos adversários da idéia, manipular argumentos que a simples clareza do texto e do contexto desautoriza e põe de lado.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. N° 08 de 1934
Fls. 43 8



EMENDA SUBSTITUTIVA AO PLC 08, DE 1991, que

Dispõe sobre o devido processo legal das internações e desinternações hospitalares de natureza psiquiátrica e estabelece regras e procedimentos gerais para a substituição gradual do sistema hospitalocêntrico de atenção aos doentes mentais por um sistema de recursos integrados alternativos.

Art. 1o. - Com fundamento em doença ou distúrbio mental ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal, nos termos do artigo 5o., inciso LIV, da Constituição Federal.

Art. 2o. - A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico especializado que fundamente o procedimento e assegure a capacidade do internando para formar e manifestar vontade e para compreender a natureza de sua decisão.



26.

- Único - Fora das hipóteses do artigo 4o. desta lei, fica proibida a utilização de leitos contratados ou administrados pela administração pública nas internações voluntárias, aspecto sob o qual ela em nada se diferencia das demais.

Art. 3o. - As demais internações exigirão laudo de médico especializado pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento, devendo o texto descrever a doença ou distúrbio mental, seus sintomas, caracteres e efeitos, definindo e demonstrando a necessidade do procedimento de conformidade com o disposto no artigo 4o. desta lei.

- Único - A internação em leito pertencente a Administração Pública ou por ela contratado ou financiado exigirá, também, guia de encaminhamento emitida por médico dos serviços públicos.

Art. 4o. - A internação será necessária:



27.

I - quando pela natureza da doença ou do surto por ela provocado não se conheçam outras alternativas de igual ou superior eficácia para o tratamento;

II - quando pela natureza dos sintomas ou efeitos comportamentais da doença ou do surto por ela provocado, as outras alternativas de tratamento colocariam em risco valores fundamentais da existência, integridade ou dignidade do paciente ou de terceiros;

III - quando a concreta infraestrutura de assistência e tratamento psiquiátrico não oferecer recurso de superior ou igual eficácia, hipótese em que o procedimento adotado se afeiçoara, no possível, ao que deveria ser.

Art. 5o. - Os documentos referidos pelos artigos 2o. e 3o., ou cópias autênticas ou autenticadas deles, serão remetidas pelo estabelecimento que realizar a internação ao Representante local do Ministério Público, dentro do prazo de vinte e quatro (24) horas.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Pl. N° 08 de 19 96
fls. 46 8



28.

- Único - O descumprimento do disposto neste artigo sujeitará os responsáveis a interpeção do Representante local do Ministério Público e, se for o caso, a instauração do processo previsto pelo artigo 7o. desta lei.

Art. 6o. - A divulgação ou revelação, sem justa causa, dos documentos mencionados pelos artigos 2o., 3o. e 5o. e do expediente referido pelo parágrafo único do artigo 7o. desta lei sujeita o responsável às sanções previstas pelo Código Penal para a violação de segredo.

Art. 7o. - Em qualquer caso, o Ministério Público poderá requisitar complementos e informações do autor do laudo e da direcção do estabelecimento, ouvir o paciente, seus familiares e quem mais julgar conveniente, inclusive outros especialistas, autorizados a examinar o internado para o efeito de oferecerem parecer escrito.

- Único - A documentação e, se for o caso, o expediente que resultar dessas providências, serão arquivados para os fins do artigo 12 desta lei se não for o caso de provocação judicial para efeitos de desinternação.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Pl. N.º 08, de 1972
fls. 47-48



29.

aprofundamento da investigação ou apuração de responsabilidades penais e civis, processos que tramitarão em segredo de justiça.

Art. 8o. - A desinternação será devida:

I - quando cessar o surto ou a doença ceder ao tratamento, sobrevindo recuperação suficiente para determinar a imediata reintegração do paciente na coexistência social;

II - quando, nas hipóteses do inciso I do artigo 4o. desta lei, sobrevierem conhecimentos e técnicas em favor de outras alternativas superiores de tratamento e for possível a elas recorrer;

III - quando, nas hipóteses do inciso II do mesmo artigo os sintomas ou efeitos comportamentais da doença ou do surto por ela provocados passarem a recomendar outras alternativas de tratamento sem risco para os valores fundamentais da existência, integridade ou dignidade do paciente ou de terceiros.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. N° 08 de 19 26
Fls. 48 8



30.

IV - quando, nas hipóteses do inciso III do mesmo artigo sobrevierem condições infraestruturais que ofereçam ao paciente recursos de igual ou superior eficácia.

Art. 9o. - Para realizar a desinternação o médico responsável entregará ao estabelecimento o documento de alta, que será fundamentado a luz do artigo 8o. desta lei.

- Único - Realizada a desinternação, a direção do estabelecimento, em vinte e quatro (24) horas, encaminhará o documento, ou cópia autêntica ou autenticada dele, ao Representante local do Ministério Público que poderá agir de acordo com o artigo 7o. desta lei.

Art. 10 - O Ministério Público, os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde bem como as instâncias de fiscalização, controle e execução do Sistema Único de Saúde deverão zelar solidariamente pela reinserção social dos desinternandos tomando as providências cabíveis nas hipóteses de abandono, isolamento ou marginalização do doente mental.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. N° 08 de 19 91
Fls. 49 8



31.

Art. 11. - Dentro do prazo de noventa (90) dias, a contar da promulgação desta lei, os estabelecimentos que mantêm doentes mentais internados encaminharão ao Representante local do Ministério Público, em relação a cada um deles, a documentação prevista por seus dispositivos, conforme se trate de internação voluntária ou não.

- 1o. - Se no prazo deste artigo ocorrer desinternação a documentação poderá circunscrever-se ao que a ela diz respeito, nos termos do artigo 9o. desta lei.

- 2o. - O Ministério Público, nos casos previstos por este artigo, poderá agir de conformidade com o disposto no artigo 7o. desta lei.

Art. 12. - O Ministério Público instalará e manterá, a nível estadual, serviço especial de conhecimento, documentação e controle das internações e desinternações de natureza psiquiátrica, para o que contará com a cooperação dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e das instâncias de fiscalização, controle e execução do Sistema Único de Saúde.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. N° 08 de 19 94
Fls. 50



32.

Art. 13 - Compete às instâncias de fiscalização, controle e execução do Sistema Único de Saúde para este efeito designadas proceder a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, encaminhando ao Ministério Público relatório e parecer sobre as irregularidades apuradas.

Art. 14 - A Reforma Psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de atenção ao doente mental por uma rede integrada de serviços assistenciais diversificados, tais como ambulatorios, unidades de emergência psiquiátrica em hospitais gerais, unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção intensiva, centros de atenção integral, lares abrigados, pensões protegidas, cooperativas, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 15 - Ficam proibidas a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a criação de novos leitos nos existentes.

- Único - Esta proibição não abrange os estabelecimentos destinados ao cumprimento de decisões judiciais

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. nº 22 de 1977
116



33.

que determinam a internação de doentes mentais com fundamento na lei penal.

Art. 16 - Fica proibida a contratação ou financiamentos pela administração pública, de novos leitos em hospitais psiquiátricos, ressalvado o disposto no artigo 4o. desta lei.

- 1o. - Os contratos e financiamentos existentes não serão renovados ou serão extintos na medida em que a implantação do novo modelo de atendimento psiquiátrico torná-los desnecessários ou substituíveis.

- 2o. - Os contratos ou financiamentos de leitos que remanescerem como necessários somente serão renovados enquanto não forem substituídos por recursos alternativos de igual ou superior eficácia e se o padrão de qualidade dos serviços hospitalares corresponder às exigências mínimas e aos parâmetros que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde darão a conhecer, no prazo de noventa (90) dias a contar da publicação desta lei, por meio de circular publicada no respectivo Diário Oficial e remetida a

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. nº 98 de 1972
115-559



todos os hospitais psiquiátricos e a todos os hospitais gerais que tiverem unidades psiquiátricas.

Art. 17 - Ao iniciar-se o segundo semestre de 1976 o Conselho Nacional de Saúde encaminhará relatório da reforma psiquiátrica aos Presidentes do Senado e da Câmara, às suas comissões de Saúde ou Assuntos Sociais e aos líderes dos partidos representados no Congresso, devendo constar do texto a avaliação do que até então se tenha feito em nome dela e do que ainda estiver por fazer para lhe dar o acabamento definitivo, bem como a descrição dos avanços quantitativos e qualitativos dos serviços de atenção aos doentes mentais, de modo a concluir com parecer sobre a atualização legislativa da matéria, especialmente em relação a conveniência de manter, ampliar, reduzir, suprimir, substituir ou alterar os mandamentos proibitivos desta lei.

Art. 18 - A Reforma Psiquiátrica, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá necessariamente os níveis federal, estadual e municipal, atendidas as peculiaridades regionais e locais e respeitadas as definições constitucionais e legais de competência, bem como caráter necessariamente articulado e integrado do Serviço Único de Saúde.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Rel. nº 08 de 1976
153



35.

1o. - As Secretarias de Saúde providenciarão comissões estaduais e municipais de Reforma Psiquiátrica, subordinadas aos Conselhos de Saúde e constituídas por trabalhadores de saúde mental, autoridades sanitárias, usuários dos serviços, seus familiares e representantes da Ordem dos Advogados e da comunidade científica para a elaboração, acompanhamento e implantação do estabelecido neste artigo.

2o. - As Secretarias de Saúde e as comissões de Reforma Psiquiátrica disporão de um (1) ano, a contar da promulgação desta lei, para apresentar aos Conselhos de Saúde e às Comissões de Orçamento do Poder Legislativo, em seus níveis, o planejamento e o cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

3o. - As Secretarias Municipais de Saúde também providenciarão a formação de conselhos comunitários de atenção aos doentes mentais, competindo-lhes cooperar com o Ministério Público, bem como assistir, auxiliar e orientar as famílias dos doentes mentais, inclusive para o efeito de prepará-las para o retorno dos que foram internados.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Pl. N.º 22 de 19 74
Fls. 54



36.

Art. 19 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei no. 24.559, de 3-7-1934.

Sala das Comissões, em

, Presidente

, Relator

VOTO EM SEPARADO do Senador LUCÍDIO PORTELLA na Comissão de Assuntos Sociais sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 08/91 (Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, na origem) que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais."

I - INTRODUÇÃO:

Nenhum tema médico tem merecido maior interesse dos meios de comunicação nas últimas décadas dos que os referentes à psiquiatria.

Em realidade, os avanços terapêuticos na ciência psiquiátrica mudaram substantivamente a fisionomia dos hospitais especializados e o curso evolutivo, agora não mais inexorável, de algumas doenças mentais.

Em decorrência, surgiram no panorama assistencial do doente mental modelos alternativos que complementam os recursos até então existentes.

II - O PROJETO:

De autoria do Deputado Paulo Delgado, o Pro
jeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 3.657/89 propõe: a)
proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos; b)
contratação ou financiamento pela Administração Pública de
novos leitos hospitalares; c) base de uma reforma psiquiá
trica que extinguiria os hospitais psiquiátricos e criaria
outros recursos de atendimento; d) controle judicial das in
ternações.

O Projeto em si baseia-se na Lei nº 180 da Itá
lia, conhecido como Lei Basaglia e na "Lei de Desinstitucio
nalização" dos anos 60, nos Estados Unidos.

Em ambos os países está havendo uma severa re
consideração crítica do assunto, em virtude dos seus reco
nhecidos fracassos.

Há nos Estados Unidos 100.000 doentes mentais
recolhidos em cadeias (P-J. Hilts, do New York Times, e
"O GLOBO" 13.10.90), e na Itália tramita agora no Parlamen
to projeto de lei do Governo destinado a reformular a Lei
Basaglia em profundidade, a qual é hoje acusada de sobrecar
regar dolorosamente a população italiana pobre, que não po
de internar seus parentes doentes mentais em hospitais psi
quiátricos particulares pagos.

Convém registrar que a desospitalização em
estados isolados da Federação Norte-Americana não acabou com
o Hospital Psiquiátrico naquele País, mas exigiu maior dis
pêndio financeiro com "as pensões protegidas" (que fracassa
ram), além de onerar os hospitais psiquiátricos de estados
vizinhos, a exemplo do que ocorreu em Connecticut e Ver
mont, dentre outros.

O Presidente da Associação Mundial de Psiqui
atria, Prof. J.A. da Costa e Silva, manifesta-se pela inade

quação do Projeto 008/91, no atendimento da assistência psiquiátrica no País.

Considerando que o Projeto irá inibir e tutelar a ação do psiquiatra e da psiquiatria, o renomado cientista patrício e de fama internacional afirma:

"o psiquiatra não é o carcereiro do doente mental (henry Ey), e sim como afirmou o mestre brasileiro Ulysses Pernambuco, o curador natural do doente mental."

Mais adiante declara:

"este projeto de lei contraria os princípios técnicos e científicos que nortei am a prática psiquiátrica observados no mundo e que o direito a ser tratado de uma doença mental deve ser garantido a todos que dela sofram."

O Presidente da Associação Mundial de Psiquiatria conclui pela "necessidade de um programa educacional para os profissionais de saúde mental, que têm de se preparar melhor para tratar os doentes mentais", e que "o grande inimigo dos doentes mentais não são os psiquiatras, os profissionais de saúde mental, e as instituições psiquiátricas, mas sim a doença mental."

III - O SUBSTITUTIVO DO RELATOR:

O Relator, o nobre Senador José Paulo Bisol, depois de longas análises e considerações, conclui por uma Emenda substitutiva ao Projeto 008/91, do Senado Federal.

Essa já é a terceira versão do Substitutivo.

Ao analisar a terceira variante sobre os mesmos objetivos, verifico que as redações apresentadas nas sucessivas versões podem levar alguns a confundir o entendimento do verdadeiro propósito do substitutivo, que é o de extinguir os hospitais psiquiátricos, sobretudo os gratuitos.

Assim, embora o Substitutivo em sua ementa anuncie apenas a substituição do sistema hospitalocêntrico em lugar da extinção dos hospitais, diferindo aparentemente do Projeto original Paulo Delgado, seu pesado arcabouço jurídico levanta tantas ameaças e restrições aos eventuais autores das internações e desinternações hospitalares, que tornará insuportável o exercício das responsabilidades psiquiátricas nesses estabelecimentos. Consequentemente, sua aprovação produzirá o mesmo resultado do Projeto que quer substituir.

O doente que se nega a tratar-se num hospital psiquiátrico pela mesma razão mórbida (não admitir-se como doente mental) resistirá a ser submetido a tratamento, seja ele intra ou extra-hospitalar. A aprovação desse substitutivo dará lugar fatalmente a jurisprudência no sentido de estender suas pretendidas cautelas aos cuidados extra-hospitalares, já que o constrangimento à vontade, liberdade e direitos é essencialmente o mesmo, seja qual for o lugar onde o tratamento for feito. É o que acontece agora nos Estados Unidos, onde desenrola-se nos tribunais uma enorme disputa entre o direito de não tratar-se, o direito à doença e o direito de tratar-se, o direito à saúde mental.

Ao enfatizar a proteção aos direitos do doente

te incapaz, o Substitutivo reversamente cria embaraços à aplicação dos cuidados terapêuticos destinados a combater as causas da incapacidade. Em outras palavras, ao lançar luz sobre o direito do doente, o Substitutivo ofusca a visão da doença.

A divisão entre internações voluntárias e involuntárias, que permeia todo o Substitutivo, esquece que a mente inclui a vontade e que a doença mental é por isso uma doença da vontade também. Convém lembrar os quadros de dependência (da vontade) alcoólica e tóxica, quando alguém sucessivamente quer e não quer beber ou intoxicar-se, assim como a doença obsessivo-compulsiva onde o impulso irrefreável (vontade) de executar um ato ou ritual é acompanhado da certeza de que ele é absurdo. A distinção entre internação voluntária ou involuntária é portanto sutil para o doente e nem sempre possível ao médico psiquiatra.

Finalmente, exigir nas chamadas internações voluntárias (artigo 2º) laudo que assegure a capacidade do internado, é o mesmo que exigir atestado de sanidade mental a quem quer internar-se num hospital psiquiátrico!

Impedir tais doentes de socorrerem-se dos leitos (contratados ou administrados pela administração pública) - (artigo 2º, parágrafo único) isto é, dos leitos gratuitos, é discriminar os pobres e obrigá-los a suportar um sofrimento de que querem livrar-se ao buscarem um hospital.

IV - NOSSO SUBSTITUTIVO:

Em recente "Manifesto aos Excelentíssimos Sena

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re N° 08 de 19 91
Fis. 60 8

dores da República", publicado no jornal "Correio Braziliense", em 5 de junho de 1991, mais de 500 psiquiatras procuram alertar os membros do Senado Federal para a gravidade do problema abordado pelo Projeto de Lei nº 8/91, oriundo da Câmara dos Deputados, cuja simples aprovação "liquidaria todos os recursos assistenciais criados ao longo dos anos, sem oferecer a contrapartida de recursos alternativos válidos que assistam aos doentes mentais, deixando-os abandonados à própria sorte, sem o amparo que o Poder Público tem o dever de oferecer-lhe."

Mais adiante eles afirmam que "o ato psiquiátrico não se distingue dos demais procedimentos médicos e seus objetivos são também comuns: diagnóstico, tratamento e reinserção social de paciente, sempre que possível."

Os psiquiatras brasileiros afirmam que "a existência de modelos alternativos precede a desativação dos leitos, já que o procedimento contrário significa condenar os doentes mentais à indigência e aumentar a população carcerária, tal como ocorreu na Itália do Dr. Basaglia."

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o Brasil oferece 0,5 leitos psiquiátricos por mil habitantes, contra 3,7 nos Estados Unidos, 4,4 no Reino Unido e 0,9 na Argentina.

A elevação da idade média da população brasileira traz consigo o aumento das doenças crônico-degenerativas, incluídas aquelas de expressão preponderantemente psiquiátricas.

O fracasso da Reforma que tirou o problema psiquiátrico do âmbito específico da ciência médica, transferindo-o para a ótica social, revelou-se falacioso, com prejuízos evidentes para milhões de pacientes em todo mundo, por

sua transformação em mendigos e presidiários - um retrocesso aos primórdios da assistência aos loucos de então.

A Constituição vigente, ao delegar ao Estado a assistência à saúde, não distinguiu entre doenças somáticas e psiquiátricas. Ela garante a todo cidadão a iniciativa de criar instrumentos de atendimento e preservação da saúde, arcando o mesmo com o ônus de sua iniciativa.

É preciso lembrar que a doença mental, em seus momentos mais graves e de mais urgente tratamento, afeta também o juízo crítico do paciente a respeito de seu próprio estado mental. Em outras palavras: a loucura nega-se por sua própria natureza, pois admitir-se como louco é já estar um pouco curado, como, aliás, todos os psiquiatras concordam.

Ainda assim, e para salvaguardar os pacientes de eventuais internações criminosas contra seus direitos e liberdades, este Substitutivo regulamenta as internações efetuadas sem o consentimento voluntário do próprio paciente, procurando porém não obstaculizar os tratamento necessários, indicados presumivelmente de boa fé e com competência. Partimos do princípio, neste Substitutivo, de que os abusos criminosos são exceções a serem evitadas e punidas, mas não devem ser vistas como regras gerais a partir das quais legisla-se para os casos ordinários.

Nosso objetivo é levar todas as instituições a se atualizarem com os mais modernos métodos de tratamento, nos quais ao lado dos médicos psiquiatras, atuem também psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

Dessa forma seria possível oferecer aos pacientes, atividades especiais destinadas a evitar o ócio e a passividade, procurando estimulá-los a participar ativamente da vida comunitária da instituição e de seus próprios tratamentos.

Também defendemos a necessidade das institui
ções psiquiátricas manterem tratamento ambulatorial, ajudan
do, desta forma, os egressos a evitarem suas reinternações,
sem sacrifício próprio ou de seus familiares.

Nosso desejo é o de conceder as necessárias ga
rantias para que o psiquiatra, a psiquiatra, os profissio
nais de saúde e os doentes mentais tenham assegurado o aces
so a todas as alternativas para o tratamento das doenças
mentais.

Entendemos que a assistência psiquiátrica pre
cisa de uma revisão. Faz-se mister que essa revisão seja ali
cerçada com fundamentos científicos e técnicos e nunca por
interesses políticos ou particulares.

Concluimos por apresentar um substitutivo que
contempla os dispositivos e recomendações da Comissão de Di
reitos Humanos da ONU na Quadragésima Sétima Sessão, dada à
luz na E/NC - 4/1991/39 de 5 de fevereiro de 1991, e também
o documento da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial
de Saúde (Genebra-1991) sob o título - "Facilidade para o
tratamento de saúde mental de doentes internos.

A. Antelfe

SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 3657-A

Dispõe sobre os estabelecimentos de tratamento de doenças mentais, os direitos do doente mental e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - A assistência psiquiátrica é de responsabilidade do Estado, da sociedade e da família e será prestada nos estabelecimentos seguintes:

- 
- I - ambulatórios psiquiátricos;
 - II- pronto-socorro psiquiátrico;
 - III-emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral;
 - IV- leitos psiquiátricos em hospital geral;
 - V - hospital psiquiátrico;
 - VI- hospital-dia;
 - VII-hospital-noite;
 - VIII-centro de convivência;
 - IX- ambulatório de egressos; e
 - X - hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

§ 1º - Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - ambulatório psiquiátrico, o serviço destinado a consultas e tratamentos psiquiátricos e parapsiquiátricos e à dispensação de medicamentos;

II- pronto-socorro psiquiátrico, o serviço de funcionamento contínuo, capacitado para o atendimento às emergências em psiquiatria;

III-emergência psiquiátrica do pronto-socorro geral, o serviço integrado por médicos especializados no atendimento de emergências psiquiátricas, dentro do pronto-socorro geral;

IV- leitos psiquiátricos em hospital geral, o serviço destinado a internações de pequena permanência e a assistência clínica e cirúrgicas aos pacientes psiquiátricos;

V - hospital psiquiátrico, o serviço destinado à assistência integral ao paciente psiquiátrico, funcionando em regime de hospitalização;

VI- hospital-dia, o serviço assistencial de semi-hospitalização, no qual o paciente, durante certo período do dia, recebe os cuidados terapêuticos de que necessita;

VII-hospital-noite, o serviço assistencial de semi-hospitalização reservado aos pacientes aptos ao exercício de suas atividades profissionais;

VIII-centro de convivência, o espaço que dispõe de ambientes para a convivência e recreação de pacientes incapacitados, temporária ou definitivamente, para o trabalho, mas já reintegrados à família.

IX - ambulatório de egressos, o ambulatório psiquiátrico destinado exclusivamente ao seguimento terapêutico de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos;

X - hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, a unidade hospitalar sob gestão compartilhada, das Secretarias de Justiça e de Saúde do Estado, adequada à observação, custódia e tratamento psiquiátrico de doentes mentais que cometeram delitos, ou de presidiários que passaram a sofrer doença mental no decorrer do cumprimento da pena, de conformidade com os arts. 99 e 101 da Lei nº 7209, de 11 de julho de 1984.

§ 2º - O tratamento em regime de internação deve ser obrigatoriamente estruturado, física e operacionalmente, de forma a oferecer assistência integral ao doente mental incluindo recursos médicos, psicológicos, ocupacionais e de ressocialização e completa reinserção familiar.

Art. 2º - É dever dos estabelecimentos mencionados no artigo anterior assegurar ao doente mental:

I - tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;

II - proteção contra qualquer forma de exploração;

III - espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis para sua recuperação;

IV - assistência clínica e cirúrgica, em área separada do hospital geral; e

V - acesso aos meios de comunicação disponíveis, para proteger-se contra quaisquer abusos, salvo recomendação do médico assistente, devidamente justificada.

Art. 3º - A hospitalização psiquiátrica é voluntária ou involuntária.

§ 1º - A hospitalização involuntária será comunicada, ao Ministério Público, pelo médico que a realizar e acompanhada de relatório, no prazo de 3 dias.

§ 2º - A hospitalização involuntária poderá ser objeto de ação judicial fundamentada na sua desnecessidade médica ou em qualquer vício de direito ou de técnica médica.

§ 3º - A ação a que se refere o parágrafo anterior é privativa do Ministério Público, que a ajuizará de ofício ou em decorrência de representação de parentes do doente mental até o segundo grau inclusive.

§ 4º - Na ação será aplicado o procedimento previsto nos arts. 275 a 281 do Código de Processo Civil.

Art. 4º - O médico assistente é obrigado a dar aos responsáveis pelo paciente hospitalizado, ampla justificção da terapêutica empregada e de suas alterações, se houver.

Art. 5º - O Poder Executivo, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da publicação da presente Lei, definirá a política nacional de saúde mental e estabelecerá diretrizes e nor -

mas para a assistência psiquiátrica.

Art. 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

J. A. L. G.

VOTO EM SEPARADO

VOTO EM SEPARADO do Senador BENI VERAS na Comissão de Assuntos Sociais, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 08, de 1991, que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória"

I. DA TRAMITAÇÃO E DO PEDIDO DE VISTA

O projeto Paulo Delgado é originário da Câmara dos Deputados, onde foi submetido às Comissões de Constituição, Justiça e Redação e de Seguridade Social. Nesta última, foi aprovada com uma emenda ao artigo 1º, e aprovada no Plenário da Câmara no dia 14/12/90. Encaminhada a esta Comissão, foi distribuída para relatório ao ilustre senador José Paulo Bisol, que apresentou, na sessão de 04 do corrente, parecer FAVORÁVEL, na forma de substitutivo. Ao longo deste ano, o projeto foi intensamente debatido, tendo se manifestado várias instituições científicas e da sociedade civil, bem como os prestadores de serviços privados, além de organizações de familiares e pacientes. É um dos projetos de lei que, indubitavelmente, Sr. Presidente, Srs. Senadores, mais intenso debate tem produzido no Congresso e em toda a sociedade brasileira.

Alguns pontos que se me afiguraram obscuros no brilhante relatório do nobre senador Bisol levaram-me a pedir vista, com o objetivo de subsidiar a Comissão de Assuntos Sociais na decisão sobre tão relevante matéria. Mais que relevante, trata-se de tema que, como dissemos, vem mobilizando intensamente a opinião científica e leiga do País, desde o início da tramitação do projeto. Por louvável iniciativa do senador Almir Gabriel, esta Comissão promoveu debate, no dia 05 de maio, que reuniu democrática e exaustivamente defensores e opositores do projeto, da área científico-acadêmica, dos prestadores de serviços, organizações de familiares, pacientes e ex-pacientes. Não se ouviu ali nenhum argumento que defendesse o atual modelo

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Pl. N° 08 de 19 31
Fls. 69 27

mm

assistencial: pelo contrário, mesmo os opositores do projeto admitiram a ineficácia do tratamento oferecido à população e as péssimas condições dos estabelecimentos psiquiátricos brasileiros. Mais que curar, a psiquiatria brasileira cronifica, adoece, isola e estigmatiza seus pacientes.

O ilustre relator destaca a "inatacável sustentação ético-filosófica do projeto" (fls. 134), bem como seus "três mandamentos fortes, modernos e pragmáticos" (fls. 135). Apesar disso, decide apresentar substitutivo, que muda substancialmente o objetivo inicial do projeto, uma vez que transforma um instrumento de reforma sanitária, um conciso preceito de saúde pública, em um conjunto de procedimentos de natureza judiciária. Desde o nascimento da Psiquiatria institucional, no final do século XVIII, que as relações entre os psiquiatras e os juízes vêm se caracterizando por tentativas de recíproca colonização. Se o substitutivo do eminente Senador submete todos os atos médicos, técnicos, ao que ele chama "**o devido processo legal**", descendo a nuances burocráticas e formais exemplificadas pela exigência de "autenticação de documentos" (art. 5º, pág. 153), o projeto original determina mudanças claras e objetivas no modelo de cuidado, estabelecendo procedimentos que buscam evitar tanto a repressão psiquiátrica quanto a judiciária.

As considerações a seguir poderão ser úteis à análise da questão, auxiliando no julgamento desta Comissão.

II. DE QUE TRATA O PROJETO

O projeto 08/91 origina-se de diagnóstico já consolidado no campo da saúde mental: o de que o principal obstáculo para a inadiável reforma psiquiátrica é o papel hegemônico desempenhado por uma modalidade de atendimento, a internação longa, para a qual se destina a quase totalidade dos recursos públicos. Tal modelo, que tem sua origem na psiquiatria asilar, acaba representando, no imaginário popular, a única e legítima forma de atendimento, possuindo a força de absorver as pressões sociais decorrentes

da estrutura econômica, em um périplo interminável de empobrecimento/internação/marginalização social. Estudos epidemiológicos têm relacionado crise econômica e hospitalização, em todos os países do mundo, isolando-se o fator "oferta de leitos gratuitos" como determinante privilegiado da internação, mais que a doença mental eventualmente produzida pelo estresse econômico-social. No caso brasileiro, é fenômeno conhecido o uso instrumental da internação para a preservação de prestações beneficiárias por incapacidade. É um pacto perverso que o trabalhador - desempregado, sub-empregado - realiza com a Previdência Social através da rede de leitos manicomiais, e o faz inconscientemente na maior parte das vezes, trocando a sobrevivência imediata pela entrada - quase sempre irreversível - no circuito da cronificação hospitalar.

As entidades científicas e organizações da sociedade civil, que em sua quase totalidade apóiam o projeto 08/91, aprenderam com a história dos anos 70 e 80 que não se fará a Reforma sem o controle explícito do modelo hospitalocêntrico. Tal é a conclusão da Conferência de Caracas, citada pelo ilustre senador Bisol, da qual participaram associações médicas e científicas que contribuíram para a formulação das diretrizes e idéias básicas da reforma psiquiátrica no Brasil. Não podemos ignorar essa experiência de quase 30 anos, da qual resultou a simplicidade do projeto original, em seus três mandamentos: **deter a expansão dos leitos asilares, deixando-os com a dimensão que atingiram após o crescimento desordenado das últimas décadas; redirecionar os recursos públicos para a sustentação e ampliação de procedimentos mais eficazes, mais éticos, mais científicos, de atendimento ao paciente psiquiátrico, qualquer que seja a gravidade de seu quadro clínico; e, finalmente, controlar, através da Justiça, as internações involuntárias, como determinam todos os órgãos internacionais a que o Brasil se vincula, e está presente nas várias legislações de países europeus e americanos.**

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. N° 08 de 19 91
Fls. 71 8



Tal é a estrutura do projeto, cuja concisão deve ser tomada como sua principal qualidade, pois está adequada à visão estratégica da Reforma. Que deve ser gradual e planejada, criando novas exigências de caráter legislativo à medida que se for estabelecendo no Brasil um atendimento psiquiátrico que refute o modelo manicomial e concilie competência técnica com respeito aos direitos do paciente. Assim, o projeto 08/91 corresponde às necessidades do **atual momento** do processo de reforma.

III. DO SUBSTITUTIVO DO ILUSTRE SENADOR BISOL

Em seu brilhante relatório, o Senador Bisol, apesar de louvar a necessidade e os pressupostos ético-filosóficos do projeto, julgou mais adequado apresentar substitutivo, de inegáveis qualidades técnicas e jurídicas, mas que, em nosso entendimento, contrapõe-se ao projeto original, pelas razões que referiremos sumariamente.

a)- O substitutivo muda substancialmente o caráter do projeto, ressaltando exclusivamente os aspectos jurídicos e processuais. Tal modificação o distancia do projeto original, cujo objetivo é criar condições concretas para uma reforma no campo da saúde pública e não das práticas judiciárias. O texto do relator enuncia a questão jurídica como preponderante, quando o cerne do problema é a política de saúde mental. Claro que a questão do estatuto do louco - seus direitos civis, a inimputabilidade no Direito Penal, o processo de interdição - são matéria para um longuíssimo esforço legislante, que escapam, entretanto, ao escopo do projeto, devendo ser formulados em outro momento. O **estatuto do doente mental** será objeto de análise multidisciplinar em 1992, segundo anuncia o pré-programa da II Conferência Nacional de Saúde Mental, e, seguramente, os debates desta Comissão constituirão subsídio de valor apreciável. No substitutivo em questão, contudo, a preocupação com o **"devido processo legal"** acaba por conferir-lhe uma característica forense, afastando-o do projeto de reforma psiquiátrica.

O critério para a internação é essencialmente técnico, de ordem médica. Estabelecer procedimentos para todas as internações e altas é impor ao funcionamento do sistema uma carga de restrições que somente seriam aplicáveis em alguns casos.

b)- A periculosidade do doente mental, implícita nos incisos I e II do artigo 4º ("natureza do surto", "natureza dos efeitos comportamentais da doença", "risco para a integridade do paciente e de terceiros"), e em todo o artigo que regulamenta a "desinternação" (art. 8º), é tratada de forma a reforçar o preconceito existente contra o doente mental. O relatório, porque afirma "o fracasso da experiência italiana" (página 135), chama a desospitalização de "malsinada" (página 144), acaba por subscrever integralmente o movimento de resistência à mudança, estabelecendo procedimentos forenses, visando restringir as altas ("desinternações"), com o objetivo de proteger a sociedade dos egressos de manicômios. O projeto 08/91 é pontual e estratégico; por isso não incorpora os preceitos de psiquiatria forense do substitutivo, e se direciona no sentido da substituição progressiva do dispositivo manicomial, e não de sua **nova** regulamentação legal.

c)- O substitutivo cauciona a normalização de internações e altas a partir de considerações sobre "a natureza da doença" e dados psicopatológicos, e não sobre os recursos existentes e o planejamento de serviços alternativos, despreocupando-se da resposta dada pelos estabelecimentos existentes ao sofrimento do paciente, isto é, tratando "psicopatologicamente" um tema que é de política sanitária.

d)- Dá tratamento diferenciado aos leitos públicos e privados, proibindo a construção dos primeiros e subordinando a limitação destes últimos às ressalvas do longo artigo que descreve as razões médicas e técnicas para a alta. Na prática, dada a fluidez das considerações sobre "natureza da doença" e causa da internação, o substitutivo impede a consecução do objetivo estratégico da reforma, que é deter a expansão dos leitos psiquiátricos privados e públicos e redirecionar os recursos para alternativas



não manicomiais.

Outras considerações poderiam ser feitas sobre o brilhante relatório do Senador Bisol, que traz contribuição definitiva para o debate da questão, mas orienta-se em direção diversa à do projeto original, posto enfatize seus méritos, e, em nosso entendimento, tomando uma forma que acabará por dificultar a implantação da reforma psiquiátrica, já em curso, de fato, nas diversas regiões do país.

O eminente senador Lucídio Prtella, após vista do processo, encaminhou voto em separado, contrário ao projeto original, e apresentando substitutivo, que analisaremos à parte (ANEXO).

IV. DAS EMENDAS PROPOSTAS

O brilhante relatório do Senador Bisol aponta a possibilidade de aperfeiçoamento de algumas disposições do projeto original, as quais devem ser consideradas. Os prestadores de serviços privados - que detêm 3/4 dos leitos psiquiátricos no país - têm manifestado a justa preocupação com a garantia de uma planificação clara, concernente à substituição progressiva dos leitos, bem como sobre a possibilidade de capitais privados participarem da moderna rede de novas tecnologias. Julgamos possível contemplar tais preocupações, na forma de emendas que não comprometam os objetivos do projeto. É de todo recomendável, ademais, ressaltar que a referência do substitutivo Bisol aos direitos fundamentais do paciente, no espírito da recomendação da Comissão de Direitos Humanos da ONU, está contemplada no projeto.

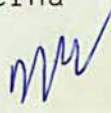
O projeto original não incluía, na composição das **"Comissões de Reforma Psiquiátrica"**, encarregadas de deliberar sobre o planejamento do processo de substituição do modelo hospitalocêntrico, os prestadores de serviços privados. Dentro do espírito do Sistema Unificado de Saúde, a participação desse ator social, no fórum deliberativo de onde emanarão as decisões políticas em cada município ou estado, é justa e indispensável. Tal participa

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. N° 08 de 19 92
fls. 74 &

mw

ção é tanto mais importante quanto sabemos que, nesta última semana, o Ministério da Saúde baixou portaria regulamentado o pagamento dos novos recursos assistenciais (semi-internação, internação psiquiátrica em hospital geral), modalidades que serão geridas quer por prestadores públicos, quer pelos privados. Assim, é necessário reconhecer que os proprietários de clínicas - hoje, em sua maioria, opositores do projeto 08/91 - não podem recusar a evidência de que a reforma já está em curso, nem se lhes pode negar o direito de dela participarem como atores políticos legítimos.

O Senador Lourival Batista apresenta emenda, alterando de 24 para 72 horas o prazo para comunicação da internação involuntária à autoridade judiciária. As entidades científicas, que têm se detido sobre o problema, manifestam-se favoráveis a um alargamento do prazo, para 48 horas, por atender melhor às dificuldades - conhecidas - do funcionamento da Justiça no Brasil. Trata-se de preocupação sensata e racional, expressando visão realista e apurada do sistema judiciário no País, e que não compromete o objetivo do projeto, de propiciar proteção legal ao doente privado de sua liberdade. A lei francesa, recém-aprovada no Senado daquele país (Lei 90-527, de 27 de junho de 1990, **"relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation"**), também estabelece prazos superiores a dois dias, para a intervenção do órgão revisor, composto por um Juiz, um Psiquiatra e um representante da comunidade local (de usuários e familiares). É oportuno lembrar que em nenhuma das legislações recentes que compulsamos (França, Dinamarca, Itália, Inglaterra) o órgão de revisão - recomendado pela ONU - é substituído pelo Ministério Público. A este, compete agir de ofício na fiscalização e defesa genérica dos direitos do cidadão, sendo importante que se saiba, para julgamento desta Comissão, que o papel atribuído ao Ministério Público na longínqua e histórica lei francesa de 1838 (o de fiscalizar os estabelecimentos e "proteger os direitos" dos pacientes), resta agora, com tal especificidade, como mero resíduo arcaico na moderna



legislação psiquiátrica européia, que regra geral vem acolhendo a proposta de "ÓRGÃO DE REVISÃO" da Onu.

Com todo o exposto, julgamos adequado propor algumas emendas ao projeto original, que possam acolher as considerações e reparos bastante relevantes que foram apresentados, sem ferir o espírito do projeto.

Assim, apresentados aos ilustres membros da Comissão de Assuntos Sociais, após acolher as sugestões do eminente Relator e de outros senadores, nosso parecer **FAVORÁVEL** ao projeto original, com **EMENDAS** que o aperfeiçoem. Tais emendas dariam conta de:

- estabelecer critério quantitativo para a substituição gradual dos leitos, de modo a impedir o risco - conquanto improvável - de desospitalização brusca, e estabelecer garantias para a rede de conveniada;
- ampliar para 48 horas o prazo de comunicação à autoridade judiciária (sem menção à Defensoria Pública como interveniente), estendendo tal comunicação à Comissão de Ética Médica do estabelecimento;
- incluir no Conselho (Estadual ou Municipal) de Reforma Psiquiátrica os prestadores de serviços privados, ampliando tais órgãos para o âmbito municipal, como recomenda o substitutivo Bisol (art. 18º, § 1º).

V. EMENDA 1

Dê-se a seguinte redação aos parágrafos 2º e 3º do artigo 2º:

§ 2º: É da competência das Secretarias Estaduais e Municipais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde no nível federal.

§ 3º: As Secretarias Estaduais e Municipais constituirão, no prazo de um (01) ano, em seu âmbito, Conselho de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados,

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Plc. nº 08 de 19 21

Fis. 76 8

voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a Ordem dos Advogados, os prestadores de serviços privados, e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalização.

VI. EMENDA 2

Inclua-se no artigo 2º:

§ 4º: A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um décimo (1/10) do total de leitos existentes no estado, ao ano.

VII. EMENDA 3

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

Art. 3º. A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, à autoridade judiciária local, e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

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

§ 2º - Compete à autoridade judiciária ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 48 (quarenta e oito) horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3º - A autoridade judiciária procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Recebido em 10/08/92
10 77 9

VIII. CONCLUSÕES

Cremos que, com as emendas acima, preservamos os objetivos do projeto original, que expressa um avanço técnico e humanitário já observado em vários estados do país, e é apoiado pela ampla maioria das instituições científicas e técnicas do Brasil (Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e inúmeras outras). Além disso, incorporamos várias das sugestões feitas pelo eminente senador Bisol, e a emenda apresentada pelo eminente senador Lourival Batista.

Partir do projeto original é promover a composição de sua simplicidade abrangente e afirmativa com o estudo detalhado e bem-intencionado do Relator.

Deve ser preservada a determinação de se superar um modelo asilar e cronificante, representado pelos hospitais psiquiátricos, substituindo-os por recursos assistenciais que venham a tornar-se hegemônicos. Internações de curta duração, quando estritamente necessárias, em unidades psiquiátricas em hospitais gerais, atendimento em centros de atenção, em hospitais-dia, em centros de convivência, serão a característica do novo modelo, cuja viabilidade e factibilidade as inúmeras experiências regionais já comprovam.

O país não pode fazer conviver, com um sistema unificado e democrático de saúde que se espera construir, com controle da população, eficaz e dinâmico, um modelo obsoleto de atendimento psiquiátrico.

O Brasil está com os olhos postos no Senado Federal, onde durante todo o ano de 1991 se debateu a reforma psiquiátrica. Os principais opositores dela, isto é, os prestadores de serviços privados, vão aos poucos percebendo que terão também um importante papel a desempenhar na nova rede de cuidados. Pela defesa de seus interesses legítimos, que julgam ameaça-

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS

Re. Nº 08 de 1991

Fls. 78-98



dos, não deverão solicitar dessa Casa que recuse à sociedade uma mudança que é urgente e necessária. A realidade dos manicômios brasileiros não admite que se adie por mais tempo essa importante decisão de saúde pública, que será expressa pela aprovação do Projeto 08/91.

É imperioso, ainda, Senhor Presidente, Srs. Senadores, que manifestemos nosso profundo orgulho por termos participado dos debates nessa Comissão, os quais demonstraram a urgente necessidade da reforma psiquiátrica no Brasil, parabenizando o eminente senador Almir Gabriel por ter possibilitado a discussão competente e aprofundada do tema, bem como ao senador Paulo Bisol, cujo brilhante relatório nos foi subsídio valioso. É de louvar-se também o empenho do ilustre senador Lucídio Portella que, embora manifeste discordâncias em relação ao projeto, não se furtou a contribuir para sua discussão.

Por todo o exposto, manifestamo-nos **FAVORAVELMENTE** à aprovação do Projeto de Lei 08/91, com as três **EMENDAS** propostas.

Sala das Comissões, em 10 de dezembro de 1991



Senador BENI VERAS

Em separado: análise do parecer do eminente senador Lucídio Portella.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. N° 08 de 19.91
Fls. 79



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador LÚCIO ALCÂNTARA

OF.GSLA Nº 817/95

Brasília, 19 de outubro de 1995

Prezado Presidente

Peço a gentileza de fazer apensar ao processado do PLC Nº 8/91, "que trata da extinção progressiva dos manicômios", em tramitação nessa Comissão de Assuntos Sociais, carta do Dr. J. A. Costa e Silva, Diretor da Division of Mental Health, da Word Health Organization, através da qual aprova o Parecer de nossa autoria que deverá ser votado na Comissão.

Aproveito a oportunidade para revovar-lhe protestos de consideração e apreço.

Senador Lúcio Alcântara

Exmº Sr.

Senador BENI VERAS

Presidente da Comissão de Assuntos Sociais

Senado Federal

of817.doc

CAS
PL 79-A
PLC 08/91

WORLD HEALTH ORGANIZATION



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Téléphone Central/Exchange: 791.21.11

Direct: 791 3617

In reply please refer to:

Prière de rappeler la référence:

MNH

Senador Lúcio Alcântara
Senado Federal
Anexo 11, Ala Tancredo Neves, Gab.53
Brasília - DF
Brazil

Fax No. 55 61 323-5372

12 October 1995

Dear Sir,

I have the honour to refer to our latest telephone conversation and to your fax, which arrived when I had already departed for New York. I apologize for responding just now.

I wish to thank you for your kind attention in sending me copy of your views concerning the PLC No.8/91. I would like to congratulate you as I consider it is a very appropriate bill of law, which hopefully will be approved soon. Needless to say, you and the Brazilian authorities can count on the support from the WHO Division of Mental Health in the implementation of this important bill of law, which will not doubt be a milestone for improving the psychiatric services in Brazil.

Please accept, Sir, the assurance of my highest consideration.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Dr. J.A. Costa e Silva'.

Dr J.A. Costa e Silva
Director
Division of Mental Health
(Dictated by Dr Costa e Silva
and signed in his absence)

CAS
PL. 79-B
PLC 08/91
[Signature]

MINISTÉRIO DO TRABALHO

REGIÃO

CAS
fls 79-C
PLC 08/91
R

MINISTÉRIO DO TRABALHO

CENTRO DE ATENDIMENTO À PSICOLOGIA - 2ª REGIÃO

CAS

Pl. 89-D

PLC 08/91

R

PARECER Nº 896, DE 1995

DA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 08, de 1991, que *"dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória"*.

RELATOR DO VENCIDO: Senador LUCÍDIO PORTELLA

I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Projeto de Lei nº 08 de 1991 (PL nº 3.657, de 1989, na origem), de autoria do nobre Deputado Paulo Delgado, foi aprovado na Câmara dos Deputados, por acordo de liderança, em 14 de dezembro, nos últimos dias da Legislatura de 1990.

Logo que a Proposição deu entrada no Senado e ficou conhecida, 76 professores de psiquiatria, entre os quais 22 titulares, e 513 médicos psiquiatras em atividade dirigiram aos Senhores Senadores abaixo-assinado, publicado no *Correio Braziliense* em edições de 15/05/91 e 05/06/91, onde proclamavam que esse Projeto não só contrariava os princípios técnicos e científicos da prática psiquiátrica, como também deixava os doentes mentais **"sem o amparo que o Poder Público tem o dever de oferecer-lhes"**; concluíram pedindo **"sua substituição por outro que efetivamente reformule a assistência psiquiátrica e proteja o doente-mental"**.

As propostas anti-psiquiátricas que inspiraram o citado Projeto de Lei não provêm de princípios técnico-científicos, mas antes de posturas ideológicas que reduzem as doenças mentais a simples conseqüências da chamada "repressão político-social dominante".

Franco Basaglia, autor italiano louvado como exemplo na justificação do Projeto em análise, resumindo a doutrina que fundamentou sua lei-Reforma Basaglia de 1978, assegurava que **"A característica dessas instituições (escolas, fábricas, hospitais) é uma separação decidida entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm"**. E para confirmar seu interesse

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Pl. Nº 08 de 1991
Fis. 80 9



ideológico e seu desinteresse técnico-científico, afirmava: **“O projeto era mais afinado com a luta política em outras áreas da vida social, nos anos 60, arrebatando instituições e expondo seus desvios, do que com as experiências de vanguarda científica”**.

Contudo, foram as pesquisas científicas realizadas naqueles mesmos anos 60 que permitiram as principais descobertas psicofarmacológicas, o que verdadeiramente revolucionou a terapêutica, o prognóstico e o entendimento dos problemas mentais. Essas descobertas transformaram a assistência psiquiátrica. H. Hafner, catedrático de Psiquiatria da Universidade de Heidelberg, ensinou: *“Os hospitais de psiquiatria tornaram-se capazes de tratar com sucesso as psicoses agudas, dar altas mais precoces e estabilizar muitos doentes crônicos, permitindo que sejam tratados em serviços externos ou complementares”*.

Pelas mesmas razões técnico-científicas cresceram as possibilidades do atendimento extra-hospitalar, prescindindo-se da necessidade de remover o paciente de seu meio social ou comunidade. Aplicado de modo sistemático, esse atendimento chamou-se **Atendimento Comunitário**. O entusiasmo inicial fazia ver esse sistema como protótipo de um tratamento ideal. Muitos passaram a crer que a assistência comunitária resolveria sozinha todos os problemas de Saúde Mental.

É imprudente formular um projeto de lei sem considerar a experiência acumulada pelos países que já adotaram a regra, no caso os que se propuseram a executar uma reforma psiquiátrica. Nos Estados Unidos, **o Grupo de Pesquisa de Saúde Pública e a Aliança Nacional pelos Deficientes Mentais** comprovaram a existência de mais portadores de quadros mentais graves nas ruas, nas prisões e nos albergues do que nos hospitais e concluíram: *“O sistema de assistência começou a falhar após a tendência, nas décadas de 60 e 70, de tratar os pacientes exclusivamente fora dos hospitais”*.

A *Folha de S. Paulo* de 13/08/95 publicou matéria sobre os 100 mil **homeless** (sem-teto) de Nova York, dos quais 1/4, ou seja, 25 mil, são egressos de hospitais desativados. Segundo Christopher Jenk, professor de Sociologia da Northwestern University, em seu livro, *“The Homeless”*, a esses 25% se soma outro tanto de pessoas que nunca conseguiram ser assistidas pelo modelo comunitário.

Na Itália, o problema se repete e é visível o crescimento do número de mendigos doentes mentais. Transitam no Parlamento Italiano mais de dez propostas de reforma da Lei Basaglia. Uma delas, de 1991, de autoria do então



Ministro da Saúde De Lorenzo, subscrita por todo o Gabinete Ministerial Italiano, propõe a criação de novos hospitais e a reintrodução da internação a pedido dos parentes. Na ocasião, disse o Ministro: **"Minha reforma destina-se a aliviar as famílias pobres que não têm dinheiro para levar o paciente para os hospitais psiquiátricos da Suíça"**.

Para compreender essa questão, é importante observar que a assistência extra-hospitalar exclusiva não contempla plenamente a necessidade de tratamento do doente mental grave, o qual, em virtude da própria doença, não se considera doente e se nega a qualquer tratamento. A assistência comunitária tem se mostrado mais eficiente no atendimento do portador de transtorno mental leve, que por si mesmo busca tratamento ou, ainda, daquele cuja família dispõe de tempo e recursos para acompanhá-lo.

II – ANÁLISE DO PROJETO DE LEI

O Projeto de Lei, independente do seu mérito, traz, a nosso ver, eiva de inconstitucionalidade, ao prescrever procedimentos e prazos, e até estrutura organizacional, em seu art. 2º e parágrafos, às secretarias estaduais e municipais de saúde, ferindo assim, flagrantemente, competências específicas de entes estatais como Estados e Municípios.

De outra forma, quanto ao mérito, embora tenha proporcionado benefício à sociedade ao levantar a polêmica quanto à questão da assistência psiquiátrica no País, o Projeto de Lei é limitado em seu anelo ao se restringir, dentro de uma pretendida reforma psiquiátrica, à extinção do hospital psiquiátrico, confundindo o instrumento legítimo com sua má aplicação. Seria o mesmo que imputássemos ao bisturi a culpa pelo crime em que foi indevidamente utilizado.

A. P.
O Senador José Fogaça já preclaramente elucidou, na justificação de sua emenda ao Projeto em análise, que *"o hospital psiquiátrico, instituição existente em todos os países do mundo, sem exceção, é a instância de referência, ou o locus especializado, onde se trata determinados doentes mentais nas fases agudas ou de reagudização, constituindo-se numa das inúmeras formas de atendimento em saúde mental e, não, a exclusiva. Sua existência é necessária para inúmeros casos, principalmente pelas peculiaridades da enfermidade mental, da mesma forma que se justifica a existência de hospital de referência para o tratamento das doenças do aparelho"*



locomotor, pelas peculiaridades destas, tais como os mantidos pela Fundação das Pioneiras Sociais."

Ademais, pelas palavras do Dep. Paulo Delgado na justificação do seu Projeto de Lei: *"A inexistência de limites legais para o poder de seqüestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção"*. Tal assertiva faz supor que toda a classe de médicos especialistas em Psiquiatria não passa de um conjunto de meliantes vulgares ou de criminosos que estão exercendo não uma das mais sofridas especialidades médicas, que lida com a vertente mais cruel do sofrimento humano, a doença psíquica, mas sim uma atividade em que se comprazem sadicamente a seqüestrar, torturar e prejudicar os seus pacientes, à revelia da ciência que aprenderam, dos seus ideais, do seu juramento ético, do sacrifício de toda uma vida.

Será *"seqüestro ilegal"* (como se pudesse haver algum que fosse *"legal"*), acolher o paciente em sofrimento mental, muitas vezes sujo, faminto, andrajoso e confuso para dar-lhe higienização, alimentação, vestimenta, medicamentos e até carinho e respeito humano ?

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, o 2º no País em número de profissionais inscritos, declarou, em nota oficial de 25 de junho de 1995, que *"se o projeto de lei for aprovado nos termos propostos teremos como resultado um caos assistencial, com conseqüências imprevisíveis para a sociedade"*.

Em 1991, quando relatava o Projeto de Lei em estudo, o Senador Bisol afirmou, em entrevista à *Folha de S. Paulo*, que *"o projeto original é inviável"*.

O eminente Professor e Catedrático, titular e chefe do internacionalmente prestigiado Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, Valentim Gentil Filho, afirma, clarivamente, em recente artigo na *Folha de S. Paulo*: *"Fechando os hospitais psiquiátricos italianos ... a Lei Basaglia causou, em apenas cinco anos, aumentos significativos nas internações em manicômios judiciários (+ 58%), mortes devido a doenças mentais (+ 44%) e suicídios de doentes mentais (+ 19%)".* Como disse uma conhecida socióloga inglesa: *"leis não curam pacientes!"*... Fechar hospitais psiquiátricos é fácil, abandonar os pacientes à própria sorte é um crime".

O que está finalmente em pauta, como se depreende, e que nos cabe avaliar e julgar, embora este não seja o foro mais indicado ao meu ver, é se o



hospital psiquiátrico especializado está superado ou não, dentro das medidas terapêuticas existentes.

Seria no mínimo leviano embarcar nesta aventura de uma pretensa reforma psiquiátrica de inspiração totalmente ideológica e sem conteúdo técnico, a que se opõe a imensa maioria dos cientistas, técnicos, sanitaristas e psiquiatras, que vêem, nas mazelas encontradas na atual assistência psiquiátrica do Brasil, não a falha de serviços de saúde mental em si, mas o resultado de um sistema de saúde caótico e falido.

Concordo com o Senador Bisol quando queria, com seu Substitutivo, *"tirar do projeto original o dogma de que os hospitais psiquiátricos não servem mais"*. Discordo dele, entretanto, quando diz que só o futuro saberá avaliar o acerto ou erro desse dogma. Basta olhar hoje para outros países e ver o resultado desastroso dessa crença.

Em lugar de uma lei abrangente que abarcasse os aspectos gerais dos problemas da assistência à saúde mental, como recomenda a ONU, o PLC 008 de 1991 se restringiu a três medidas pontuais de caráter ideológico (**anti-psiquiátricas**).

Estou convencido, por tudo isso, que o Projeto de Lei em discussão é, no mínimo, temerário e a esse respeito acho prudente repetir a sentença de Benjamin Franklin: *"A escola da experiência própria é muito custosa, mas os tolos só aprendem nela"*.

Para comprovar o acima exposto, examinemos sua **ementa**, que, como é de praxe, enuncia e resume seu conteúdo e seu espírito:

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

1) Quanto à extinção dos manicômios.

No artigo 1º, do PLC, esse equipamento obsoleto é deliberadamente confundido ou identificado com o moderno hospital especializado em psiquiatria que assim é também atingido pela extinção.

O Prof. Valentim Gentil Filho, titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, assim se refere a essa confusão terminológica: *"...erro conceitual muito grave de confundir grandes instituições fechadas,*



asilares, geralmente desprovidas de recursos, mal administradas e por isso mesmo oferecendo maus serviços – os manicômios, com equipamentos de saúde que concentram unidades de internação, ambulatorios, recursos médico-científicos sofisticados – os hospitais psiquiátricos”.

Acrescente-se ainda que a designação manicômio é, no Brasil, há muitos anos reservada exclusivamente às instituições psiquiátricas destinadas ao cumprimento de medidas judiciais de segurança, isto é, para doentes mentais que cometem crimes ou para condenados pela justiça que enlouquecem.

A lucidez característica do Senador José Fogaça detectou, logo de início, a confusão conceitual descrita e, para corrigi-la, propôs uma emenda pela qual o hospital psiquiátrico seria mantido entre os recursos não-manicomiais de atendimento, propostos no artigo 2º do Projeto. Infelizmente sua proposta não foi acatada no parecer do ilustre relator atual.

2) Regulamentação das internações compulsórias

Comprometendo a boa técnica legislativa, é utilizada uma designação equívoca, com duplo sentido. A **internação involuntária**, isto é, aquela solicitada por um terceiro, é confundida com a **internação compulsória**, ou seja, aquela determinada pela justiça. Trata-se, no primeiro caso, de medida terapêutica extrema e, no segundo, do cumprimento de uma medida de segurança.

A confusão pode induzir a considerar, toda hospitalização psiquiátrica não-voluntária como um procedimento carcerário.

Por outro lado, a nova lei de assistência psiquiátrica da França, aprovada em 27 de junho de 1990, distingue expressamente as três formas de hospitalização. No artigo L.326-2 define que toda pessoa hospitalizada com seu consentimento próprio é dita “**en hospitalisation libre**” (voluntária); no capítulo III, seção I, trata da “**hospitalisation en demande d’un tiers**” (involuntária) – finalmente na seção II, do mesmo capítulo, trata da “**hospitalisation d’office**” (hospitalização por iniciativa de uma autoridade, ou como dizemos, compulsória).

3) Extinção progressiva.

Uma vez sancionada a lei, fatalmente a extinção progressiva transformar-se-á numa extinção precipitada, posto que uma entidade sem futuro está previamente morta, como aliás se comprovou na Itália e nos Estados Unidos,



onde essa “*extinção progressiva*” foi denominada **dumping**, quer dizer, descarga em massa dos doentes para fora dos hospitais.

III – ANÁLISE DAS EMENDAS PROPOSTA PELO RELATOR, EMINENTE SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA

O eminente Senador Lúcio Alcântara apresentou parecer favorável à aprovação do Projeto de Lei da Câmara nº 008 de 1991, com algumas emendas que, não obstante, preservam os seus equívocos.

1) Emenda nº 1

Muda a redação da emenda original. No lugar de “extinção progressiva” dos hospitais, propõe a “substituição progressiva” deles por outros recursos. É inegável que substituir algo por outro é também suprimi-lo. O verdadeiro objetivo do projeto é acabar com a assistência hospitalar especializada, o que seria um fato inédito no mundo. E essa temeridade é mantida no parecer.

Persiste o nobre Senador Lúcio Alcântara no erro conceitual de confundir manicômio e hospital psiquiátrico, o que foi devidamente esclarecido acima.

Já abordamos também o fracasso das políticas de desospitalização efetuadas em outros países. Acresce que o Brasil já apresenta um baixo índice de leitos psiquiátricos. Vejamos os índices de algumas nações, segundo dados da OMS, fornecidos em junho de 1995:

Brasil	0,57 leitos/1.000 habitantes
França	1,80 leitos/1.000 habitantes
Alemanha	1,60 leitos/1.000 habitantes
Itália	0,80 leitos/1.000 habitantes
Japão	3,57 leitos/1.000 habitantes
EUA	1,12 leitos/1.000 habitantes
Uruguai	1,11 leitos/1.000 habitantes



Como pode se observar, até mesmo nos países que adotaram um modelo comunitário radical, como Itália e EEUU, o índice de leitos por habitantes é ainda superior ao do Brasil.

2) Emenda nº 2

Na emenda nº 2, ao caput do artigo 2º e parágrafos 2º e 4º, reforça a confusão conceitual de leitos de característica manicomial e psiquiátricos, continuando a prescrever providências e estabelecendo prazos às esferas estaduais e municipais de governo.

No parágrafo 5º, não explica o que seja “longo tempo hospitalizado”.

3) Emenda nº 3

“O Ministério Público procederá avaliação periódica nos estabelecimentos psiquiátricos para identificar casos de seqüestro...”

Como se vê, legisla-se pela exceção, presumindo-se que os estabelecimentos psiquiátricos escondam seqüestrados e que os psiquiatras sejam coniventes.

4) Emenda nº 4

“Terão prioridade na contratação ou no financiamento os atuais prestadores de serviços...”

Não parece legítimo dar preferências contratuais e financeiras a nenhum grupo de capital particular. Além do que, esse dispositivo contraria a Constituição que, no seu artigo 199, parágrafo 1º, reserva essa preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, vedando, no parágrafo 2º desse mesmo artigo, subvenções financeiras a instituições privadas com fins lucrativos.

IV – A INTENÇÃO DO VOTO EM SEPARADO E A PROPOSTA DO SUBSTITUTIVO

Entendo que o modelo comunitário envolve a assistência hospitalar e a extra-hospitalar, posto que essa complementação é a regra em todas as especialidades médicas.



Diante dessa compreensão, julguei necessário o meu voto em separado com a proposta de um substitutivo eminentemente técnico e que trouxesse uma efetiva política de saúde mental para o País, junto a mecanismos de lei que protegessem os direitos das pessoas com distúrbios mentais, onde quer que elas sejam assistidas.

Os críticos da assistência psiquiátrica parecem ignorar que abusos ou maus tratos podem ocorrer em qualquer um dos estabelecimentos de saúde mental, sejam hospitais, pensões protegidas, centros de convivência, enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais, etc.

Para lograr esse intento, tomei como base os **Princípios Para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e Para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental** que a **Assembléia Geral da ONU** adotou em 17/11/1991, com a denominação de **Resolução 46/119**. Também me serviram de subsídio as resoluções do **Conselho da Europa**, de 1994.

Em resumo, proponho:

- 1) que os portadores de transtornos mentais tenham seus direitos fundamentais de pessoa humana resguardados em qualquer estabelecimento de saúde mental e a qualquer tempo;
- 2) que a assistência psiquiátrica seja comunitária, que cubra o maior contingente possível de casos e disponha de todos os recursos terapêuticos necessários;
- 3) a criação de mecanismos rígidos de controle da hospitalização involuntária, visando coibir possíveis abusos, inclusive através da constituição de uma Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária. Diferentemente das auditorias periódicas, que exerceriam tal controle apenas por amostragem, esta Comissão reveria os procedimentos caso a caso;
- 4) que os estabelecimentos de saúde mental desenvolvam meios destinados a permitir ou facilitar a reinserção social dos pacientes;
- 5) que os hospitais psiquiátricos sejam cada vez mais modernizados, afastando definitivamente o velho modelo asilar não-terapêutico e prestando assistência integral ao doente mental;



6) a constituição de uma comissão nacional permanente e pluri-representativa para fiscalizar e estabelecer diretrizes, visando à implementação de uma política nacional de saúde mental;

- 7) A conceituação clara dos três tipos de internação psiquiátrica:
- a) voluntária;
 - b) involuntária;
 - c) compulsória.

Eis, pois, na íntegra, o texto da emenda:

EMENDA Nº ~~XI~~ CAS
(SUBSTITUTIVO) AO
PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008, de 1991

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, estrutura e aperfeiçoa a assistência psiquiátrica e seus serviços, desativa as instituições de modelo asilar, regulamenta a hospitalização voluntária, involuntária e compulsória, e dá outras providências.

(Sen. Lucídio Portella)

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

C.P. **Art. 1º** Os direitos e proteção das pessoas acometidas de distúrbio mental, mencionados no artigo 2º, parágrafo único, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu distúrbio, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em estabelecimentos de saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa será formalmente cientificada dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.



Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental:

- a) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- b) ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- c) ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- d) ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- e) ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- f) ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- g) receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- h) ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- i) ser tratada, preferencialmente, em estabelecimento de saúde mental da sua comunidade.

Art. 3º A assistência aos portadores de transtorno mental é de responsabilidade do Estado, com a devida participação da sociedade e da família, e será prestada em estabelecimento de saúde mental.

§ 1º Entende-se por estabelecimento de saúde mental qualquer instituição ou unidade que tenha como função principal oferecer assistência aos portadores de transtornos mentais.

§ 2º São os seguintes, os estabelecimentos de saúde mental:

- a) ambulatório psiquiátrico;
- b) pronto-socorro psiquiátrico;
- c) emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral;
- d) enfermaria psiquiátrica no hospital geral;
- e) hospital psiquiátrico;
- f) hospital-dia;
- g) hospital-noite;
- h) centro de convivência;
- i) pensão protegida;
- j) hospital judiciário de custódia e tratamento mental;
- k) outros estabelecimentos que venham a ser regulamentados pelo

Poder Público.



§ 3º A assistência aos portadores de transtorno mental será realizada, preferencialmente, conservando a pessoa no seu meio e nas suas atividades habituais e visará sempre a sua reabilitação e reinserção social.

§ 4º A assistência as pessoas acometidas de transtorno mental será prestada da maneira menos restritiva e coercitiva possível, através da integração efetiva entre os diversos estabelecimentos de saúde mental.

Art. 4º A hospitalização, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de hospitalização será estruturado de forma a oferecer assistência integral ao doente mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 5º A hospitalização psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. Existem 3 tipos de hospitalização psiquiátrica:

- a) hospitalização voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- b) hospitalização involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de um terceiro;
- c) hospitalização compulsória: aquela determinada pela justiça.

Art. 6º A pessoa que solicita voluntariamente sua hospitalização, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da hospitalização voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.



Art. 7º A hospitalização involuntária somente será autorizada por médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o hospital, em obediência às seguintes condições:

a) se o estado mental do doente constituir risco iminente para si ou para outrem;

b) se a não-internação levar ao agravamento do transtorno ou impedir o paciente de receber o tratamento adequado;

c) se houver autorização expressa de familiar maior ou de representante legal do paciente.

Art. 8º A hospitalização involuntária terá a validade de sete (07) dias e sua prolongação somente se dará mediante aprovação da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária.

§ 1º A Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária será constituída por dois membros da Comissão de Ética Médica do estabelecimento, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina, e um médico representante do Conselho de Saúde Municipal.

§ 2º O Ministério Público, **ex officio**, atendendo denúncia, ou por solicitação de familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação da hospitalização involuntária.

§ 3º O término da hospitalização involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar ou responsável legal ou quando estabelecida pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A hospitalização compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo Juiz competente que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, 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, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

PARECER Nº , DE 1996

DA COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS sobre as emendas de Plenário oferecidas ao Projeto de Lei da Câmara Nº 08, de 1991 (Nº 3.657/89, na Casa de origem), que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória."

Relator: Senador LUCÍDIO PORTELLA

I - RELATÓRIO

Chegam a esta COMISSÃO as emendas de Plenário oferecidas ao Projeto de Lei da Câmara nº 08, de 1991, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

A citada proposição foi objeto de extensas e profundas discussões no âmbito desta Comissão de Assuntos Sociais, tendo sido, finalmente, aprovada nos termos do Voto em Separado, com Substitutivo, desta Relatoria, que passou, **ipso facto**, a ser o parecer da Comissão.

Seguindo o rito do Processo Legislativo da Casa, o Projeto de Lei da Câmara nº 08, de 1991, foi a Plenário, para lá receber sugestões de emendas. O Substitutivo da Comissão passou a ser denominado Emenda nº 1. Em Plenário, foram oferecidas mais sete emendas, sendo as de nº 2, 4, 7 e 8 de autoria do Senador Lúcio Alcântara, e as de nº 3, 5 e 6 da lavra do Senador José Eduardo Dutra.

Analisaremos, pois, as emendas apresentadas, e como algumas são de igual teor, apreciá-las-emos em conjunto, quando couber.

1-8

II - DO MÉRITO E DOS ASPECTOS JURÍDICOS

EMENDA Nº 1

Trata-se do Substitutivo aprovado por esta Comissão e para cuja elaboração esta Relatoria tomou como base os "**Princípios Para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtornos Mentais e Para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental**" que a **Assembleia Geral da ONU** adotou em 17/11/1991, com a denominação de **Resolução 46/119**. Da mesma forma, subsidiaram-nos as **Resoluções do Conselho da Europa**, de 1994.

O Substitutivo teve o escopo de ser eminentemente técnico, sem envolver-se em disputas ideológicas, abrangeu a assistência hospitalar e a extra-hospitalar, complementação que é regra em todas as especialidades médicas.

Os pontos basilares do Substitutivo estabelecem:

- 1) que os portadores de transtornos mentais tenham seus direitos fundamentais de pessoa humana resguardados em qualquer estabelecimento de saúde mental e a qualquer tempo;
- 2) que a assistência psiquiátrica seja prioritariamente prestada na própria comunidade do paciente, que cubra o maior contingente possível de casos e disponha de todos os recursos e equipamentos de saúde mental necessários;
- 3) que os estabelecimentos de saúde mental desenvolvam sempre mais meios destinados a permitir ou facilitar a reinserção social dos pacientes;
- 4) que os hospitais psiquiátricos se adequem cada vez mais ao desenvolvimento científico moderno, afastando definitivamente o velho modelo asilar não terapêutico e prestando assistência integral ao doente mental;
- 5) a conceituação clara dos três tipos de internação psiquiátrica:
 - a) **voluntária**: com o consentimento do paciente;
 - b) **involuntária**: sem o consentimento do paciente, mas solicitada, dentro de certas condições, por um terceiro – familiar ou responsável legal;
 - c) **compulsória**: por determinação da autoridade judiciária.

6) a criação de mecanismos cautelares de controle da hospitalização involuntária e da desospitalização de dependentes institucionais, visando coibir possíveis abusos, inclusive através da constituição de uma Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária. Diferentemente das auditorias periódicas, como quer a proposição da Câmara, que exerceriam tal controle apenas por amostragem, essa Comissão reveria os procedimentos caso a caso;

7) a implantação de uma comissão nacional permanente e pluri-representativa para estabelecer diretrizes, visando a implementação de uma política nacional de saúde mental.

Em contraste, conquanto aborde assunto tão complexo e relevante, o Projeto de Lei Originário da Câmara cinge-se essencialmente a duas providências, como fica claro em sua ementa. A primeira, temerária a nosso ver, pretende extinguir progressivamente o hospital psiquiátrico, confundido com manicômio, termo em desuso em nosso meio e que adquiriu uma conotação pejorativa, substituindo-o por outros recursos assistenciais, que em verdade lhe são complementares, e não alternativos. A segunda quer regulamentar a internação psiquiátrica que denomina de compulsória, envolvendo toda a autoridade judiciária na rotina cotidiana dos profissionais de saúde mental. Pelas palavras do autor da proposição, ilustre Deputado Paulo Delgado, procura-se justificar esta medida: *"com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado"*. Ainda na justificação do seu Projeto aduz: *"A inexistência de limites legais para o poder de seqüestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coação."*

Tais afirmações colocam sob suspeita toda a classe dos médicos especialistas em psiquiatria, presumindo que, à revelia de toda sua formação científica e moral, seqüestram e isolam seus pacientes.

Por tais razões, seguindo o pensamento desta Comissão de Assuntos Sociais, adotamos o Substitutivo (Emenda nº 1), em sua totalidade, como texto básico de nossa análise.

A primeira preocupação que nos assalta ao debruçarmo-nos sobre as emendas apresentadas pelos nobres Senadores Lúcio Alcântara e José Eduardo Dutra é a da possibilidade de, em sendo aceitas, desfigurar o espírito do Substitutivo aprovado. Ainda que animados por um espírito natural de reverência pelos ilustres Senadores, autores das emendas, em aceitando-as, **in limine**, iríamos contrariar o cerne do Substitutivo aprovado por esta Comissão, mesmo

porque tais emendas, em seu conjunto, reapresentam, na íntegra, o texto do Projeto original oriundo da Câmara e já vencido nesta Comissão.

EMENDA Nº 2

De autoria do Senador Lúcio Alcântara, diz:

"Dê-se a seguinte redação à ementa:

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

A emenda retira a palavra "**extinção**" da ementa do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado e põe "**substituição** por outros recursos assistenciais", o que pressupõe a extinção dos substituídos, no caso dos chamados manicômios, que, como dissemos anteriormente, correspondem, no texto do Projeto, a todo e qualquer hospital psiquiátrico.

Renova, portanto, o nobre Senador, a intenção de extinguir o hospital psiquiátrico, mesmo que seja sob a forma mais eufemística de substituí-lo progressivamente por outros recursos assistenciais.

Substituir progressivamente o hospital psiquiátrico por outros recursos assistenciais não é mais a bandeira de seus idealizadores no exterior, pois valeram como lições as experiências fracassadas nas décadas de 70 e 80, nos Estados Unidos, Itália e agora, na Inglaterra, que acaba de renunciar oficialmente a esse programa de assistência.

Franco Rotelli, mestre de psiquiatria em Trieste e o mais fiel discípulo de Basaglia, (autor que inspirou a reforma psiquiátrica italiana, – modelo do Projeto de Lei oriundo da Câmara) em conferência proferida no Rio de Janeiro – cujo texto está arquivado no processado às folhas 10-B, pág. 119 – afirmou: *"Na prática, vimos que, nestes últimos vinte anos todos os países ocidentais tentaram reformar seus sistemas psiquiátricos (...) tentou-se fazer foi constituir serviços externos ao hospital psiquiátrico, com a esperança mais ou menos ciente, de que isto pudesse oferecer curas melhores e reduzir significativamente a população internada nos hospitais psiquiátricos. Passados quase 30 anos, podemos dizer tranqüilamente que esta política faliu. Faliu na Inglaterra, na França, nos países Escandinavos e depois também na Alemanha.*

A política de aumentar os serviços externos para reduzir os hospitais psiquiátricos e oferecer melhores possibilidades de cura foi considerada um fracasso em todos os governos da Europa Ocidental".

O eminente Senador Antônio Carlos Valadares, em sua intervenção na reunião da Comissão de Assuntos Sociais de 23/11/95, antecipando-se clarivamente aos acontecimentos históricos perguntava: *"Como se pode permitir uma lei que feche progressivamente unidades hospitalares, quando, na Inglaterra, o processo de hospitalização psiquiátrica vem sendo retomado, porquanto após as soluções comunitárias muitos doentes foram totalmente abandonados!"*.

E, de fato, passados menos de três meses confirma-se contundentemente o seu questionamento. O Secretário de Saúde Britânico, Stephen Dorrel, no dia 21 de fevereiro de 1996, comunicou oficialmente à Câmara dos Comuns que o governo abandonava definitivamente o programa de assistência comunitária (extra-hospitalar) e propunha, em substituição, tal como é proposto no Substitutivo (Emenda nº 1), uma rede de assistência ampla que vai desde a internação psiquiátrica até o apoio comunitário simples. Pretende deter a política de esvaziamento dos hospitais, revigorar a internação involuntária e criar, de início, 5.000 (cinco mil) novos leitos em unidades psiquiátricas pequenas (conforme processado às folhas ... a ... arquivadas na CAS). Isto é exatamente o oposto dos objetivos do Projeto do nobre Deputado Paulo Delgado.

O **Daily Telegraph** em editorial do mesmo dia afirmou: *"Mas o que está implícito no pronunciamento de Mr. Dorrel é uma mudança mais importante; o governo parece reconhecer agora que sua adesão a uma moda de desinstitucionalização (desospitalização) foi uma temeridade"*.

Uma Lei que pretenda efetivamente aprofundar-se nas questões da assistência psiquiátrica, não pode ter nada menos que uma ementa que sintetize e reflita o seu conteúdo, isto é, a defesa dos direitos fundamentais das pessoas portadoras de transtornos mentais, o aperfeiçoamento e reestruturação da assistência psiquiátrica e seus serviços, a desativação de instituições asilares sem fins terapêuticos e a regulamentação, não só da internação psiquiátrica compulsória, mas também a voluntária e a involuntária. Tal como é a ementa do Substitutivo aprovado por esta Comissão.

Somos, pois, pela rejeição da emenda nº 2.

1.8.

EMENDA Nº 3

Oferecida pelo Senador José Eduardo Dutra, é aditiva ao artigo 2º do Projeto originário da Câmara.

"Inclua-se no artigo 2º

§ 4º - A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um décimo (1/10) do total de leitos existentes no estado, ao ano.

Em sua justificação, argumenta:

"A emenda procura melhor explicitar a idéia de que o projeto deve ter a perspectiva de um aperfeiçoamento com fortes mudanças no sistema atual, e em nenhuma hipótese o desmantelamento geral deste sistema. "

Esta emenda já foi apresentada **ipsis literis**, em 1991, pelo eminente Senador Beni Veras, quando ofereceu a esta Casa sua contribuição ao projeto, sob a forma de Voto em Separado.

Coube ao ilustre Senador Lúcio Alcântara, em seu parecer recentemente apresentado a esta Comissão, a rejeição total da proposição, com a seguinte fundamentação: *"Não concordamos, no entanto, com a emenda oferecida pelo Senador Beni Veras (Emenda nº 2 de seu voto em separado), a qual estabelece um critério quantitativo para a desativação dos leitos existentes nas unidades federadas. Segundo a emenda, os sistemas estaduais de saúde só poderiam desativar, no máximo, 10% dos leitos psiquiátricos existentes, ao ano, como forma de "impedir a desospitalização brusca e estabelecer garantias para a rede conveniada". Não concordamos com este critério, uma vez que existem importantes discrepâncias regionais quanto à disponibilidade tanto de leitos psiquiátricos como de alternativas assistenciais.*

Acrescentaríamos ainda aos argumentos do eminente Senador, que os critérios quantitativos e os prazos pré-fixados não dão conta das diferenças qualitativas, quer dos doentes, quer das doenças psiquiátricas, assim como do desenvolvimento imprevisível dos conhecimentos científicos e das condições sociais.

Concordamos com aquela análise técnica do Senador Lúcio Alcântara, que mostra ser a emenda totalmente inviável.

De outra forma, como é de nosso parecer, em concordância com o pensamento lúcido do Senador José Fogaça, o hospital psiquiátrico ainda é a referência, o **locus** especializado para o tratamento da doença mental em algumas de suas formas e estágios. Portanto não há como acolher a emenda do ilustre Senador José Eduardo Dutra.

EMENDA Nº 4

Também apresentada pelo Senador Lúcio Alcântara, trata-se de uma emenda substitutiva e já aventada em seu parecer a esta Comissão, substituindo o artigo 2º, do Projeto de Lei do Deputado Pulo Delgado. Eis o texto da emenda:

"Dê-se a seguinte redação ao artigo 2º:

Artigo 2º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário para a instalação e funcionamento de serviços não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva substituição dos leitos de característica manicomial.

§ 1º Os órgãos de gestão nacional, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde disporão do prazo de um ano, contado da data da publicação desta Lei para apresentarem ao Poder Legislativo, em seu nível, planejamento e cronograma de implantação dos novos serviços.

§ 2º O Poder Público, no seu âmbito federal, estadual e municipal coordenará o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação.

§ 3º O Poder Público constituirá, no prazo de um ano, contado da data da publicação desta Lei, conselhos de reforma psiquiátrica, dos quais façam parte representantes do Governo, dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, da Ordem dos Advogados do Brasil, dos prestadores de serviços privados e da comunidade científica, sendo sua função

acompanhar a elaboração dos planos de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

§ 4º O Poder Público deverá prever, em seu orçamento anual, pelos cinco anos seguintes ao da publicação desta Lei, recursos suficientes para financiar o processo de substituição dos leitos psiquiátricos manicomiais, em seus respectivos níveis de atuação, não podendo, de qualquer forma, reduzir, neste período, em valores monetários corrigidos, o dispendido com assistência psiquiátrica no ano de publicação desta Lei.

§ 5º Os pacientes há longo tempo hospitalizados ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, serão objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária municipal, e permanecerão, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontrem internados."

O ilustre autor não apresentou justificação para esta emenda.

Analisaremos o conteúdo desta extensa emenda por partes, ou seja, primeiro o **caput** e, a seguir, os parágrafos, na seqüência.

Conquanto o **caput** da emenda traga em seu cerne a filosofia da desospitalização e persevere em confundir manicômio (em sua acepção de asilo) com hospital psiquiátrico, podemos observar que, escoimadas tais impropriedades, alguns de seus pontos vão confluir com os do Substitutivo aprovado.

Para adequarmos o **caput** da emenda nº 4 ao contexto do artigo 4º do Substitutivo, somos pela sua aprovação na forma da seguinte Subemenda:

SUBEMENDA ~~"A"~~

nº 1 - ao Artigo 4º do Substitutivo da CAS

"Acrescente-se o seguinte § 4º, ao Artigo 4º, do Substitutivo aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais - Emenda Nº 1.

§ 4º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário à instalação e funcionamento dos estabelecimentos de saúde mental de atendimento na comunidade, tais como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, hospital psiquiátrico, centros de atenção ou ambulatorios psiquiátricos, centros de convivência, pensões e outros, bem como a progressiva substituição dos estabelecimentos de característica eminentemente asilar, sem objetivos terapêuticos.

Continuando, passemos à análise de cada um dos parágrafos.

O § 1º da Emenda determina que os órgãos do SUS apresentem, no prazo de 1 (um) ano, ao Poder Legislativo de seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos serviços. Consideramos indevida essa determinação de se recorrer aos poderes legislativos estaduais e municipais, em situação em que a Lei federal já dispõe claramente. Isso se constitui, inclusive, numa interferência entre poderes ou numa ingerência indevida entre esferas de governo.

Somos pelo não acolhimento deste parágrafo.

Os §§ 2º, 3º e 4º da Emenda podem ser apreciados em conjunto.

Todos trazem insitamente o propósito do fechamento dos hospitais psiquiátricos, ora utilizando a expressão "substituição de leitos psiquiátricos", ora "desospitalização".

Já expusemos, anteriormente, a total inadequação desta posição ideológica, contrária à realidade e à conduta científica. Nenhuma sociedade em todo o mundo substituiu totalmente os seus leitos psiquiátricos. O Japão, mesmo com seu avançado desenvolvimento cultural, científico e tecnológico, oferece, hoje, sete vezes mais leitos psiquiátricos por mil habitantes que o Brasil. Será a psiquiatria japonesa menos adiantada que a brasileira? Saberão os japoneses gerir menos bem os seus recursos para a área social?

Por outro lado, nos países onde se tentou implantar uma política de desospitalização, como Itália e Inglaterra, procura-se hoje revertê-las a todo custo.

A Assembléia Geral da ONU, em 1991, depois de reunir seus países membros, extraiu os **"Princípios para Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria de Assistência à Saúde Mental"**, sendo explícito, nos princípios de nº 13, 14, 15, 16 e 24, a necessidade dessa

assistência em níveis hospitalares. A ONU tem recomendado aos países que se propõem a atualizar suas leis psiquiátricas, o respeito máximo que cada país deve ter em obediência a estes postulados. Assim se portaram, entre outros, a Suíça, a Alemanha e, por último, a França (1990), havendo todos preservado seus leitos em hospitais psiquiátricos.

Quanto ao § 3º que prescreve a constituição de conselhos de reforma psiquiátrica, não discordamos do seu escopo de criar um colegiado para contribuir, auxiliar e apoiar o executivo na elaboração dos planos de saúde mental. Tampouco discordamos da pluralidade de sua composição. Entendemos, contudo, que este colegiado ficaria melhor com o nome de "Comissão" ao invés de "Conselho", para evitar confusão na terminologia com os órgãos já existentes, pois os atuais Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de saúde já estão constituídos e oficializados. O Conselho Nacional de Saúde, por exemplo, já dispõe de uma Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, desde 1994, composta por membros integrantes de diversos segmentos da sociedade, dentre eles, além do próprio Governo, dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, da Ordem dos Advogados do Brasil, dos prestadores de serviço privado e da comunidade científica. Sua contribuição ao Conselho Nacional de Saúde dá-se sob a forma de "Recomendações".

Uma vez que esses órgãos colegiados foram criados ou já o estão sendo, e que o Substitutivo já contempla o mesmo objetivo, ao prever em seu artigo 12 a criação de uma Comissão Nacional que fiscalizará e estabelecerá diretrizes para uma política de saúde mental, somos de opinião que o parágrafo desta emenda já se encontra contemplado.

Quanto ao § 4º da Emenda que prescreve que o Poder Público deva prever em seu orçamento anual, pelos cinco anos seguintes ao da publicação desta Lei, recursos suficientes para financiar o processo de substituição de leitos psiquiátricos, além de não endossarmos esta substituição, este dispositivo parece-nos uma diretriz orçamentária que antecede e se superpõe à própria Lei de Diretrizes Orçamentárias - L.D.O., o que se nos afigura injurídico. Por estas razões, rejeitamos este § 4º da Emenda nº4.

O último parágrafo, de nº 5, parece-nos ser de muito bom senso e bem alvitado pelo nobre Senador Lúcio Alcântara, pois vela pelos direitos do paciente crônico, em situação de dependência institucional.

Somos pelo acatamento do texto do § 5º, da Emenda nº4, de autoria do Senador Lúcio Alcântara, mas, como julgamos que a desospitalização

de pacientes crônicos, dependentes, sem suporte social, requer a observância de alguns requisitos cautelares, os aduziremos ao texto do ínclito Senador. Tratam-se de resguardar uma pessoa quase indefesa dos riscos da desadaptação, do abandono e da exploração.

Aliás, já o primeiro relator do PLC 08/91, nesta Comissão, o ilustre ex-Senador José Paulo Bisol, cercou-se de cuidados ainda mais extensos para com as desospitalizações nos artigos 8º, 9º, 10º, 11º e 12º de seu Substitutivo. Dizia ele, em sua justificação: *"Resolvemos oferecer Substitutivo que inclua o controle estatal das assim chamadas desospitalizações"*, e deu ao Ministério Público a responsabilidade maior desse controle.

O parágrafo de nº 5, parece-nos ser de muito bom senso e bem alvitado pelo nobre Senador Lúcio Alcântara, pois vela, até certo ponto, pelos direitos do paciente crônico, em situação de dependência institucional.

Portanto, somos pela aprovação parcial do texto do parágrafo 5º, da Emenda nº 4, de autoria do Senador Lúcio Alcântara, na forma da **Submenda** *B* ao Substitutivo. *seguinte*

SUBEMENDA *B nº 2 ao Artigo 4º do Substitutivo da CAS*

"Acrescente-se o seguinte § 5º ao artigo 4º do Substitutivo aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais - Emenda nº 1:

§ 5º Os pacientes há longo tempo hospitalizados e para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional decorrente de seu quadro clínico ou da ausência de suporte social, serão objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psico-social sob a supervisão da autoridade sanitária competente e a responsabilidade do representante local do Ministério Público, respeitado o necessário parecer da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária do estabelecimento onde se encontrem internados e em observância às seguintes condições:

C.P.

- a) que a saída do paciente do hospital não lhe acarrete interrupção de seu tratamento, não venha agravar sua doença, nem contribuir para seu abandono material, social e afetivo;
- b) que a saída do paciente não venha servir, direta ou indiretamente, à exploração de terceiros;
- c) que seja obedecida a legislação vigente, relacionada à regência de sua pessoa e bens, em cada caso.

EMENDA Nº 5

Apresentada pelo nobre Senador José Eduardo Dutra, tem o seguinte enunciado:

"Dê-se a seguinte redação ao §§ 2 ° e 3 ° do artigo 2 °:

§ 2° É da competência das Secretarias Estaduais e Municipais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde no nível federal.

§ 3° As Secretarias Estaduais e Municipais constituirão, no prazo de 1 (um) ano, em seu âmbito, Conselho de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados voluntariamente, os trabalhadores da saúde mental, os usuários e familiares, o Poder Público, a Ordem dos Advogados, os prestadores de serviços privados, e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização".

Em sua Justificação o nobre Senador aduz:

"A presente emenda aponta para uma melhor organização na operacionalização do sistema, quanto à divisão de competências por instâncias administrativas"

O conteúdo da Emenda nº 5 reproduz os §§ 2º e 3º, do artigo 2º, do Projeto de Lei da Câmara nº 08, de 1991, já rejeitado nesta Comissão.

Persevera-se na proposta principal daquele Projeto, que é a extinção dos leitos psiquiátricos, propósito suficientemente comentado e debatido por nós em parágrafos anteriores deste Relatório.

À guisa de arremate em nossas considerações a respeito, citamos as palavras do eminente catedrático de psiquiatria da Universidade de Heidelberg, Diretor do INSTITUTO CENTRAL DE SAÚDE MENTAL DE MAINHEIN e Consultor e Coordenador de Pesquisas da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Professor H. Hafner: *"Ainda necessitamos de leitos especializados em Psiquiatria, em todo o Mundo. Nenhuma especialidade médica pode prescindir do hospital nos casos agudos, onde o tratamento extra-hospitalar põe em risco a recuperação ou mesmo a vida do paciente"*.

Quanto ao § 3º do artigo 2º, em relação ao PLC 08/91, há o acréscimo da expressão "no prazo de 1 (um) ano" para a constituição do Conselho de Reforma Psiquiátrica. No mais, repete igual parágrafo da Proposição do Deputado Paulo Delgado, no que se assemelha ao § 3º da Emenda nº 4 do Senador Lúcio Alcântara.

Rejeitamos, pois, o § 2º da Emenda em estudo e consideramos o seu § 3º parcialmente contemplado, no artigo 12, do Substitutivo da Comissão de Assuntos Sociais.

EMENDAS Nºs 6 E 7

Respectivamente, de autoria dos Senadores José Eduardo Dutra e Lúcio Alcântara, correspondem em letra e espírito ao Artigo 3º da Proposição originária da Câmara, o qual trata da "internação psiquiátrica compulsória". Neste artigo pretende-se apenas modificar o seguinte:

Na Emenda nº 6 do Senador José Eduardo Dutra é usado o termo "internação psiquiátrica involuntária", na Emenda nº 7 do Senador Lúcio Alcântara é adotada "internação psiquiátrica compulsória". Ambas adotam prazos para que este tipo de internação seja comunicada à autoridade judiciária (Senador José Eduardo Dutra) e Ministério Público (Senador Lúcio Alcântara) e, por último, ambas sugerem que estas autoridades identifiquem em 48 ou 72 horas, as internações qualificadas por eles como casos de seqüestro ilegal.

Eis, na íntegra, o teor das Emendas acima referidas:

EMENDA Nº 6 (Do Senador José Eduardo Dutra)

"Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

Artigo 3º A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, à autoridade Judiciária local, e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

§ 1º Define-se como internação involuntária aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º Compete à autoridade judiciária ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 48 (quarenta e oito) horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3º A Autoridade Judiciária procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Justificação

"A emenda que apresentamos tem como principal objetivo garantir a retidão do procedimento (no caso, a internação involuntária), com total respeito aos direitos individuais do paciente".

EMENDA Nº 7 (Do Senador Lúcio Alcântara)



"Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

Artigo 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de quarenta e oito horas, ao Ministério Público.

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

§ 2º Compete ao Ministério Público ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e se manifestar, no prazo de setenta e duas horas, contado da comunicação da internação, sobre a legalidade da internação.

§ 3º A autoridade judiciária procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado."

Como já tivemos oportunidade de comentar anteriormente, em relação ao Projeto Originário da Câmara, as duas emendas insistem nos mesmos equívocos técnicos e filosóficos e, por que não, jurídicos.

Primeiramente, confundem "internação involuntária" com "internação compulsória"; em segundo, colocam sob suspeita toda a classe dos médicos psiquiatras; em terceiro, intenta legislar pela exceção, presumindo que os hospitais escondam rotineiramente seqüestrados e que os psiquiatras e outros profissionais de saúde sejam coniventes.

É de meridiana clareza que a sociedade e os poderes constituídos devam proteger os doentes internados de todo jaez, inclusive os portadores de transtorno mental, mediante a adoção de legislação moderna e eficaz, consoante os avanços tecnológicos e o progresso da ciência médica. Não será, entretanto, através de legislação constrangedora a alguns respeitáveis segmentos profissionais que se atingirá esse desiderato.

São muito oportunas, pela clareza e bom-senso, as palavras do médico e político experimentado, o preclaro Senador José Alves, por ocasião da

Reunião desta Comissão de Assuntos Sociais, em 23/11/95 sob a Presidência serena do ilustre Senador Carlos Wilson:

"Um equívoco que o Projeto do Deputado Paulo Delgado traz é o cerceamento da liberdade do exercício da profissão médica. Os médicos psiquiatras do Brasil não podem ser colocados nessa atitude suspeita de, em 24 horas, ou 72 horas, estar comunicando ao Ministério Público um internamento psiquiátrico. Isso é um cerceamento da liberdade do exercício da profissão, uma vez que os médicos tem seus órgãos de classe, os hospitais são obrigados a ter suas comissões de ética médica e estão abertos, por lei, pela Constituição, à ação do Ministério Público, da Defensoria Pública, da JUSTIÇA!"

Mesmo assim, o Substitutivo aprovado por esta Comissão aborda o assunto, visando, sob o ponto de vista jurídico e técnico, preservar ou proteger todas as partes envolvidas no processo da internação.

Há que, inicialmente, distinguir-se a internação compulsória da involuntária, o que é normalmente estabelecido na legislação estrangeira, com destaque para a Lei Francesa, de 1990. A internação compulsória é uma decisão da justiça aplicada à "criminosos loucos ou presos que enlouquecem", enquanto a internação involuntária é uma decisão terapêutica determinada por fatores clínicos e sociais, elencados no Substitutivo que se segue:

"a) se o estado mental do doente constituir risco para si ou para outrem;

b) se a não internação levar ao agravamento do transtorno ou impedir o paciente de receber tratamento adequado;

c) se houver autorização expressa de familiares maiores ou de representante legal do paciente."

Pelo Substitutivo, somente o médico poderá encaminhar o internamento involuntário, responsabilizando-se por ele como tal. Uma vez internado, o paciente passará por uma Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária, formada por três médicos, sendo dois da Comissão de Ética Médica do Hospital e um do Conselho de Saúde Municipal, isto é, externo ao hospital. A Comissão Revisora de Hospitalização terá sete dias de prazo para homologar ou não a internação. O Substitutivo também prevê a intervenção do Ministério Público, **ex officio**, atendendo denúncia ou por solicitação de familiar ou do

representante legal do paciente, que poderá designar junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação da hospitalização involuntária. Por sinal, de acordo com a legislação em vigor (Lei nº 8.625, de 12.02.93 - Lei Orgânica do Ministério Público) o Ministério Público pode intervir em qualquer estabelecimento de saúde mental, a qualquer dia e horário, e ouvir o paciente, médicos, equipe técnica, familiares e quem mais julgar conveniente, a respeito do próprio paciente ou por outro fato a ele relacionado.

Por todos estes fatores, somos pela rejeição das Emendas nº 6 e 7.

EMENDA Nº 8 (Do Senador Lúcio Alcântara)

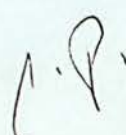
Acrescentem-se os seguintes artigos 4º e 5º, renumerando-se os demais:

"Artigo 4º Terão prioridade na contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de serviços de saúde mental não-manicomial, os prestadores desses serviços que procederem à substituição dos seus atuais leitos manicomiais por leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou em hospitais-dia e hospitais-noite ou por centros de atenção, centros de convivência, pensões e outros serviços normalizados pelo Poder Executivo, ressalvado o disposto nos artigos 20 a 26 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Artigo 5º O Congresso Nacional realizará revisão desta Lei após cinco anos, contados da data de sua publicação".

A emenda acima, de autoria do ilustre Senador Lúcio Alcântara, consiste em dois artigos, que são novos em relação ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991.

O artigo 4º concede "prioridade na contratação e financiamento aos prestadores de serviços que procederem a substituição de seus atuais leitos manicomiais (leia-se "leitos de hospitais psiquiátricos") por outros serviços não-manicomial (leia-se "serviço extra-hospitalar psiquiátrico)", mas "ressalvado o disposto nos artigos 20 a 26, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990" - Lei Orgânica da Saúde.



Porém, os artigos 24 e 25 são exatamente aqueles que impedem totalmente o incentivo proposto. Senão vejamos:

"Artigo 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS, poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada"; e fecha com o Artigo 25: "Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde - SUS."

Por outro lado, o maior óbice para a rejeição da preferência ora proposta, é o dispositivo constitucional que a Lei Orgânica da Saúde repete e que está explícito no Artigo 199, parágrafo 1º, que reserva essa preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, vedando, no parágrafo 2º desse mesmo artigo, subvenções financeiras a instituições privadas com fins lucrativos.

O Artigo 5º da Emenda prescreve a revisão da Lei, pelo Congresso Nacional, após 5 anos da sua publicação.

Embora respeitando o espírito que animou o ilustre Senador Lúcio Alcântara a formular este dispositivo, que deve ter sido o de reavaliar os resultados da Lei, passados 5 anos, consideramo-lo desnecessário. Se, por lei, vamos rever a lei após 5 anos, antes deste tempo, por corolário, não se poderá revê-la.

O melhor, a nosso ver, é que se fatos novos ocorrerem, no âmbito científico, tecnológico ou social, enfim, se outra realidade surgir a reclamar a correção ou atualização da lei, façamo-la prontamente, seja em que tempo for, daqui a 3 meses ou daqui a 3 anos.

Opinamos, portanto, pela rejeição da Emenda nº 8.

III - CONCLUSÃO

Concluindo o presente parecer sobre as emendas de Plenário oferecidas ao Projeto de Lei da Câmara nº 08, de 1991, manifestamo-nos



conclusivamente pela **rejeição** das Emendas de nº 2, 3, 6, 7 e 8; pela **aprovação parcial** das Emendas nº 4 e 5, na forma das Subemendas ~~A~~¹ e ~~B~~² e pela **aprovação integral** da Emenda nº 1 - Substitutivo desta Comissão de Assuntos Sociais – consolidado com as Subemendas ~~A~~¹ e ~~B~~², na forma do que segue:

1 2

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008 (SUBSTITUTIVO), DE 1991

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, estrutura e aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica e seus serviços, desativa as instituições de modelo asilar, regulamenta a hospitalização voluntária, involuntária e compulsória, e dá outras providências.

(Sen. Lucídio Portella)

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os direitos e proteção das pessoas acometidas de distúrbio mental, mencionados no artigo 2º, parágrafo único, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu distúrbio, ou quaisquer outros.

Art. 2º Nos atendimentos em estabelecimentos de saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa será formalmente cientificada dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental:

- a) ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- b) ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- c) ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- d) ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

- e) ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- f) ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- g) receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- h) ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- i) ser tratada, preferencialmente, em estabelecimento de saúde mental da sua comunidade.

Art. 3º A assistência aos portadores de transtorno mental é de responsabilidade do Estado, com a devida participação da sociedade e da família, e será prestada em estabelecimento de saúde mental.

§ 1º Entende-se por estabelecimento de saúde mental qualquer instituição ou unidade que tenha como função principal oferecer assistência aos portadores de transtornos mentais.

§ 2º São os seguintes, os estabelecimentos de saúde mental:

- a) ambulatório psiquiátrico;
- b) pronto-socorro psiquiátrico;
- c) emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral;
- d) enfermaria psiquiátrica no hospital geral;
- e) hospital psiquiátrico;
- f) hospital-dia;
- g) hospital-noite;
- h) centro de convivência;
- i) pensão protegida;
- j) hospital judiciário de custódia e tratamento mental;
- k) outros estabelecimentos que venham a ser regulamentados pelo Poder Público.

§ 3º A assistência psiquiátrica será realizada, preferencialmente, conservando a pessoa no seu meio e nas suas atividades habituais e visará sempre a sua reabilitação e reinserção social.

§ 4º A assistência psiquiátrica será prestada da maneira menos restritiva e coercitiva possível, através da integração efetiva entre os diversos estabelecimentos de saúde mental.

[Handwritten signature]

Art. 4º A hospitalização, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de hospitalização será estruturado de forma a oferecer assistência integral ao doente mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

§ 4º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário à instalação e funcionamento dos estabelecimentos de saúde mental de atendimento na comunidade, tais como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, hospital psiquiátrico, centros de atenção ou ambulatorios psiquiátricos, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva substituição dos estabelecimentos de característica eminentemente asilar, sem objetivos terapêuticos.

§ 5º Os pacientes há longo tempo hospitalizados e para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou da ausência de **suporte social**, serão objeto de **política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob a supervisão da autoridade sanitária competente e a responsabilidade do representante local do Ministério Público**, respeitado o necessário parecer da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária do estabelecimento onde se encontrem internados e em observância às seguintes condições:

- a) que a saída do paciente do hospital não lhe acarrete interrupção de tratamento, não venha a agravar sua doença, nem contribuir para seu abandono material, social e afetivo;
- b) que a saída do paciente não venha a servir, direta ou indiretamente, à exploração de terceiros;
- c) que seja obedecida a legislação vigente, relacionada à regência de sua pessoa e bens, em cada caso.

Art. 5º A hospitalização psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. Existem 3 tipos de hospitalização psiquiátrica:

- a) hospitalização voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- b) hospitalização involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de um terceiro;
- c) hospitalização compulsória: determinada pela justiça.

Art. 6º A pessoa que solicita voluntariamente sua hospitalização, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da hospitalização voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 7º A hospitalização involuntária somente será autorizada por médico psiquiatra, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o hospital, em obediência às seguintes condições:

- a) se o estado mental do doente constituir risco iminente para si ou para outrem;
- b) se a não-internação levar ao agravamento do transtorno ou impedir o paciente de receber o tratamento adequado;
- c) se houver autorização expressa de familiar, ou do representante legal do paciente.

Art. 8º A hospitalização involuntária terá a validade de sete (07) dias e sua prolongação somente se dará mediante aprovação da Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária.

§ 1º A Comissão Revisora de Hospitalização Involuntária será constituída por dois membros da Comissão de Ética Médica do estabelecimento, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, e um médico representante do Conselho de Saúde Municipal.

§ 2º O Ministério Público, *ex officio*, atendendo denúncia, ou por solicitação de familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar

junta médica a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação da hospitalização involuntária.

§ 3º O término da hospitalização involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar ou responsável legal ou quando estabelecida pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A hospitalização compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo Juiz competente que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento psiquiátrico aos familiares, ou ao representante legal do paciente, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

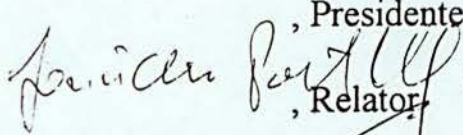
Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 12. O Poder Executivo, na regulamentação desta lei, determinará a composição de uma Comissão Nacional permanente, paritária e pluri-representativa de Saúde Mental, que fiscalizará e estabelecerá diretrizes para a implementação de uma política nacional de Saúde Mental, de acordo com esta lei.

Art. 13. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Revogam-se as disposições em contrário.

Sala das Comissões, em


, Presidente
, Relator

SENADO FEDERAL

OF. SF/ 070 /97

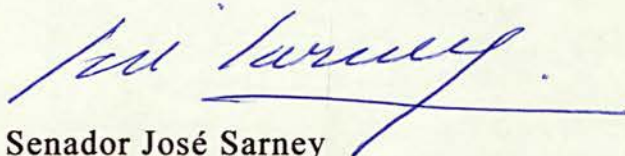
Em 22 de janeiro de 1997

Senhor Presidente,

Comunico a Vossa Excelência que foi apresentado o Requerimento nº 64, de 1997, através do qual o Senador Roberto Freire solicita, nos termos do art. 172, I, do Regimento Interno, a inclusão em Ordem do Dia do Projeto de Lei da Câmara nº 008, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na Casa de origem).

Outrossim, tendo em vista o disposto no parágrafo único do art. 255 do Regimento Interno, solicito a manifestação dessa Presidência sobre a providência requerida.

Aproveito o ensejo para renovar a Vossa Excelência meus protestos de consideração e apreço.



Senador José Sarney
Presidente do Senado Federal

Exmº. Sr.
Senador Beni Veras
Presidente da Comissão de Assuntos Sociais
Senado Federal

REQUERIMENTO Nº 212 , DE 1997

Deferido
em 20.03.97
M. M. M. M. M.

Retirada de requerimento

Requeiro, nos termos do art. 256, § 2º, "a", do
Regimento Interno, a retirada, em caráter definitivo, do
Requerimento nº 64 de 1997

Roberto Zucchi

Sala das Sessões, em 20 de março de 1997



Com base no art. 256,
§ 2º, "a", do Regimento In-
terno, defiro a retirada
do requerimento, que vai
ao Arquivo.

| O Projeto de Lei da |
Câmara nº 8, de 1991,
volta à Comissão de As-
suntos Sociais para exa-
me e parecer sobre as
emendas apresentadas peren-
te a Mesa.

SENADO FEDERAL	
Subsecretaria de Ata	
PLC 8/91	FL. 128



SENADO FEDERAL

Aprovado
Em 09/12/98

[Assinatura]

Inclua-se em
ORDEM DO DIA.

Em 01/12/98

[Assinatura]

REQUERIMENTO Nº 584, DE 1998

Considerando que o P.L.C. nº 008, de 1991 (nº 3.657/89 na casa de origem), encontra-se há sete anos na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, sem que até o momento tivesse apreciação conclusiva;

considerando que o Projeto de Lei em questão é de grande interesse social, tendo gerado amplo debate entre os segmentos sociais interessados e grande repercussão nos meios de comunicação;

considerando que a não apreciação do aludido Projeto de Lei tem frustrado a opinião pública, com prejuízo à imagem desta Casa Revisora;

considerando que a demora ocorrida tem levado a um sobrestamento de medidas do próprio Poder Executivo quanto à implantação de uma necessária Política de Saúde Mental para o País;

considerando que no contexto da própria Comissão de Assuntos Sociais já foi gerado um parecer, aguardando-se somente a apreciação das emendas em plenário;

considerando que todos os prazos regimentais no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais já foram esgotados, vimos:

Requerer tramitação, em regime de urgência, do PLC 008/91 (nº 3.657/89 na casa de origem), nos termos do artigo 336, alínea "c", obedecendo o disposto no inciso III, do art. 338, do Regimento Interno do Senado Federal.

01 dezembro

Sala de Sessões, em 18 de novembro de 1998

[Assinatura]

Senador Hugo Napoleão

PFL

[Assinatura]

[Assinatura]
Z. Quintanilha P.T.B.

SENADO FEDERAL
Subsecretaria de Ata
FL _____



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

PARECER Nº

688

, DE 1998

PLEN

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre as emendas de Plenário oferecidas ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na origem), que *"dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória"*.

RELATOR: Senador **SEBASTIÃO ROCHA**

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, naquela Casa Legislativa), foi apresentado por seu autor, Deputado Paulo Delgado, em 12 de setembro de 1989. Após ser aprovado pelo Plenário da Câmara dos Deputados, por acordo de lideranças, foi remetido a exame do Senado Federal, em 15 de fevereiro de 1991.

Nesta Casa, foi distribuído à Comissão de Assuntos Sociais, onde, já na atual legislatura – em 23 de novembro de 1995 –, após intensas discussões e após a realização de audiências públicas, aprovou-se um substitutivo ao projeto, de autoria do ilustre Senador Lucídio Portella, consubstanciado na Emenda nº1-CAS.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Foi então remetido à decisão do Plenário, onde recebeu sete emendas – quatro do Senador Lúcio Alcântara (as de nº 2, 4, 7 e 8) e três do Senador José Eduardo Dutra (as de nº 3, 5 e 6) –, quais sejam:

EMENDA Nº 2 (Senador Lúcio Alcântara)

*Prejudicada
Em 15.12.98*

Dê-se a seguinte redação à emenda:

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

EMENDA Nº 3 (Senador José Eduardo Dutra)

*Prejudicada
Em 15.12.98*

Inclua-se no artigo 2º

“§ 4º - A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um décimo (1/10) do total de leitos existentes no estado, ao ano.”

Justificação

A emenda procura melhor explicitar a idéia de que o projeto deve ter a perspectiva de um aperfeiçoamento, com fortes mudanças no sistema atual, e em nenhuma hipótese o desmantelamento geral deste sistema.

EMENDA Nº 4 (Senador Lúcio Alcântara)

*Prejudicada
Em 15.12.98*

Dê-se a seguinte redação ao artigo 2º:

“Art. 2º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário para a instalação e funcionamento de serviços não-manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva substituição dos leitos de característica manicomial.

§ 1º Os órgãos de gestão nacional, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde disporão do prazo de um ano, contado da data da

[Assinatura]



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

publicação desta Lei, para apresentarem ao Poder Legislativo, em seu nível, planejamento e cronograma de implantação dos novos serviços.

§ 2º O Poder Público, no âmbito federal, estadual e municipal, coordenará o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação.

§ 3º O Poder Público constituirá, no prazo de um ano, contado da data de publicação desta Lei, conselhos de reforma psiquiátrica, dos quais façam parte representantes do Governo, dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, da Ordem dos Advogados do Brasil, dos prestadores de serviços privados e da comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

§ 4º O Poder Público deverá prever, em seu orçamento anual, pelos cinco anos seguintes ao da publicação desta Lei, recursos suficientes para financiar o processo de substituição dos leitos psiquiátricos manicomiais, em seus respectivos níveis de atuação, não podendo, de qualquer forma, reduzir, neste período, em valores monetários corrigidos, o dispendido com assistência psiquiátrica no ano de publicação desta Lei.

§ 5º Os pacientes há longo tempo hospitalizados ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou da ausência de suporte social, serão objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária municipal, e permanecerão, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontrem internados.”

EMENDA Nº 5 (Senador José Eduardo Dutra)

*Prejudicada
Em 15.12.98*

Dê-se a seguinte redação aos parágrafos 2º e 3º do artigo 2º

“§ 2º É da competência das Secretarias Estaduais e Municipais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde no nível federal.

§ 3º As Secretarias Estaduais e Municipais constituirão, no prazo de 1 (um) ano, em seu âmbito, conselho de Reforma Psiquiátrica, no

Ass



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a Ordem dos Advogados, os prestadores de serviços privados, e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalização."

Justificação

A presente emenda aponta para uma melhor organização na operacionalização do sistema, quanto à divisão de competências por instâncias administrativas.

EMENDA Nº 6 (Senador José Eduardo Dutra)

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

"Art. 3º A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, à autoridade Judiciária local, e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

§1º Define-se como internação involuntária aquela realizada sem o expreso consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§2º Compete à autoridade judiciária ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 48 (quarenta e oito) horas, sobre a legalidade da internação.

§3º A autoridade Judiciária procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado."

Justificação

A emenda que apresentamos tem como principal objetivo garantir a retidão do procedimento (no caso, a internação involuntária), com total respeito aos direitos individuais do paciente.

EMENDA Nº 7 (Senador Lúcio Alcântara)

*Prejudicado
Em 15.12.98*
[Assinatura]



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

“Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de quarenta e oito horas, ao Ministério Público.

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

§2º Compete ao Ministério Público ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e se manifestar, no prazo de setenta e duas horas, contado da comunicação da internação, sobre a legalidade da internação.

§3º O Ministério Público procederá avaliação periódica nos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro e zelar pelos direitos do cidadão internado.”

EMENDA Nº 8 (Senador Lúcio Alcântara)

Acrescentem-se os seguintes artigos 4º e 5º, renumerando-se os demais:

“Art. 4º Terão prioridade na contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de serviços de saúde mental não-manicomial, os prestadores desses serviços que procederem à substituição dos seus atuais leitos manicomial por leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou em hospitais-dia e hospitais-noite ou por centros de atenção, centros de convivência, pensões e outros serviços normalizados pelo Poder Executivo, ressalvado o disposto nos artigos 20 a 26 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Artigo 5º O Congresso Nacional realizará a revisão desta Lei após cinco anos, contados da data de sua publicação.”

Nos termos regimentais, essas emendas oferecidas em Plenário vêm a esta Comissão para receberem parecer. Tendo sido a nós conferida a atribuição de relatá-las, acreditamos apropriado apresentar os antecedentes cronológicos,



ideológicos e factuais relacionados à matéria, de forma a melhor embasar o julgamento dos membros desta Comissão.

II – ANTECEDENTES

O PLC nº 8, de 1991, tem como propósito regulamentar tema de saúde pública de vital importância para a sociedade: saúde mental e reforma psiquiátrica. Sua relevância decorre, sobretudo, da fragilidade, da ineficácia e – até mesmo – da crueldade do modelo vigente de assistência ao doente mental, caracterizado pela predominância do tratamento prestado em instituições psiquiátricas de caráter meramente asilar, cuja atuação não tem como objetivo tentar recuperar ou reinserir os doentes em seu meio, mas apenas segregá-los.

Essas instituições limitam-se a práticas excessivamente voltadas para a farmacoterapia, com pouca utilização de procedimentos sócio ou psicoterápicos. Nesses locais, os pacientes internados passam entre dez e vinte dias sem poder receber visitas de amigos ou familiares, o que agrava ainda mais sua eventual incapacidade social e seu quadro mental.

Em tais circunstâncias, são freqüentes as denúncias (de tempos em tempos registradas nos jornais) de maus tratos e violência contra os pacientes. E, à parte essas ocorrências comuns, é habitual os doentes serem mantidos em péssimas condições de higiene, em precário estado nutricional e sem o mínimo cuidado básico de saúde.

Esses fatos ocorrem sobretudo pela convivência dos familiares, que, satisfeitos em se livrar do fardo econômico, físico, psicológico e social que um doente mental representa, internam seus “doentes” em caráter definitivo e, muitas vezes, apagam-nos totalmente do registro familiar. Essa afirmação



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

respalda-se nos casos verídicos de familiares que, ao internarem um doente mental em hospital psiquiátrico, fornecem falsos endereços para nunca serem encontrados. Há também os casos de pacientes que recebem visitas regularmente, mas deixam de recebê-las quando começam a melhorar e seus parentes suspeitam de que eles irão receber alta.

Sem dúvida alguma, essa omissão da parte das famílias fomenta ainda mais os casos de negligência e maus tratos que ocorrem nos manicômios, pois essas ocorrências por certo não se verificariam tão sistematicamente se os tratamentos dos doentes tivessem acompanhamento de seus familiares. No início dos anos 90, dados estatísticos já apontavam os hospitais psiquiátricos como responsáveis pela morte de até 3% dos seus pacientes em decorrência de maus tratos.

Além disso, considerem-se os seguintes dados numéricos sobre a situação do atendimento psiquiátrico no país, obtidos do sistema Datasus e relativos a agosto de 97¹.

Do total de 76.084 leitos em hospitais/manicômios psiquiátricos, 58.408 (76,8%) localizam-se em hospitais privados, enquanto 15.758 (20,7%), em instituições públicas (a diferença em relação aos 100% se deve aos hospitais universitários, que, mesmo sendo públicos ou privados, foram contemplados em uma única rubrica indiscriminada). Ou seja, o quadro vigente no setor caracteriza-se pelo tratamento prestado, majoritariamente, por instituições privadas.

¹ Fonte: Datasus (<http://datasus.fns.gov.br>) .



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Um outro aspecto que esses dados do Datasus permitem avaliar é o grau de utilização, no atendimento psiquiátrico, de serviços profissionais especializados. Para se proceder a essa avaliação, optou-se por fazer uma comparação entre os valores gastos com serviços profissionais e os valores gastos com serviços hospitalares, no período de janeiro a agosto de 1997, para as diversas especialidades.

Se considerarmos as internações em todas as especialidades, conjuntamente, os gastos com serviços profissionais correspondem a 30% dos gastos com serviços hospitalares nos hospitais públicos, e a 26% nos hospitais privados. Na especialidade psiquiatria, esse percentual cai para 7% nos hospitais públicos e 6% nos privados. O quadro abaixo mostra os percentuais obtidos para algumas especialidades.

	GLOBAL	PSIQUIATRIA	PSIQUIATRIA HOSP./DIA	CLÍNICA MÉDICA	REABILITAÇÃO	CIRURGIA
PÚBLICO	30%	<u>7%</u>	<u>5%</u>	16%	30%	46%
PRIVADO	26%	<u>6%</u>	<u>5%</u>	14%	30%	45%

Os números demonstram a baixíssima utilização de serviços profissionais especializados no atendimento prestado tanto pelos hospitais psiquiátricos quanto pelos hospitais-dia psiquiátricos. Em outras palavras, essas instituições não se enquadram na definição clássica de hospital – local para onde as pessoas vão para se tratar –, correspondendo, na verdade, a um local onde as pessoas são escondidas e recebem pouquíssimo atendimento especializado.

Foi como reação a esse estado de coisas, insustentável por qualquer argumento técnico e destituído de qualquer virtude, que teve origem o movimento da reforma psiquiátrica, com o apoio de parcela significativa da



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

classe psiquiátrica, de psicólogos, de sociólogos, de terapeutas ocupacionais, dos trabalhadores de saúde mental e daqueles familiares preocupados com a qualidade dos cuidados dispensados a seus doentes.

Esse movimento defende, em contraposição ao atual predomínio do tratamento de base institucionalizante, aquele que pode ser denominado tratamento comunitário, com o objetivo precípuo de sociabilizar o doente mental. A respeito desse objetivo, cabe formular a questão: por que sociabilizar o paciente psiquiátrico?

Há muito o que dizer sobre essa polêmica intenção. Além de envolver o oferecimento ao doente mental das mais avançadas terapias integradoras (psiquiátricas, psicológicas, ocupacionais, fisioterápicas e outras), a idéia básica contemplada nessa proposta seria a de tentar manter o paciente psiquiátrico inserido em seu contexto social e familiar.

Isso se tornou possível com a descoberta de vários princípios neurofarmacológicos e com o advento de novas drogas neurolépticas, que permitem manter o paciente estável por longos períodos, sem necessidade de internação.

Mantidos estáveis, os pacientes podem ser tratados também pelas mais avançadas técnicas sócio e psicoterápicas, técnicas essas que, dispensando a internação, são utilizadas com vistas à recuperação e à reinserção social dos doentes. Esses mesmos avanços tecnológicos tornaram totalmente ultrapassada e dispensável a internação de doentes mentais com o único objetivo de administrar-lhes medicamentos, como ainda ocorre na maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Dessa forma, ainda que o suporte familiar seja, por muitos, considerado irreal, por exigir das famílias um sacrifício que muitas não podem suportar, é preciso que elas superem seus preconceitos relacionados ao fato de possuírem um familiar doente mental e assumam sua parte do ônus.

Assim como não se admite como normal uma família abandonar qualquer de seus membros portador de doença crônico-degenerativa (parkinsonismo e Alzheimer, por exemplo), ou de dependência de álcool ou drogas, ou de deficiência mental (síndrome de Down etc), ou de paralisia cerebral, e dela se espera que cuide desse familiar e represente o “lugar seguro” para onde ele possa retornar após receber o tratamento necessário, também não se pode mais aceitar que as famílias de portadores de doença psiquiátrica (cujo comprometimento neuropsicológico possui semelhanças com o que ocorre nas doenças supracitadas) apenas abandonem esses doentes em uma instituição em caráter definitivo.

No modelo comunitário, a família funciona como coadjuvante no processo terapêutico. Ou seja, o paciente é encaminhado diuturnamente a hospitais-dia, centros de atenção psicossocial ou outros estabelecimentos, onde recebe a atenção de psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e médicos das diferentes especialidades e, ao final do dia, retorna (devidamente medicado, se necessário) aos cuidados de sua família. Além dos estabelecimentos acima, a família conta com os pronto-socorros psiquiátricos para as situações de emergência e com as enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais para os momentos em que o paciente requeira internação, a qual se dá sempre em caráter temporário.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Esse suporte familiar faz-se ainda mais necessário quando se consideram as estatísticas sobre doença mental na sociedade. Pesquisas estimam o número total de doentes mentais em um quantitativo que varia de um a sete por cento da população, índice que é tanto maior quanto mais industrializada a sociedade. Contudo, no Brasil, a prevalência das perturbações mentais é comumente considerada em 10% da população geral, enquanto pesquisas americanas já calcularam esse percentual, naquele país, em até treze por cento. Ressalte-se, no entanto, que seria necessário proceder a uma análise das metodologias utilizadas para se fazer comparações entre esses números.

No caso do Brasil, o menor percentual (1%) corresponde hoje a 1,5 milhão de pessoas, e o índice mais comumente citado (10%), a um total de 15 milhões. Em se mantendo o modelo assistencial baseado na institucionalização do doente, esses números dizem respeito a indivíduos condenados à internação definitiva e à segregação do convívio social.

Muitas pessoas preocupam-se com a questão da ameaça que um doente mental pode representar para seus familiares ou para a comunidade. A esse respeito, cabe um comentário sobre o estereótipo do “louco violento”. Ainda que não existam estatísticas precisas sobre esse aspecto, sabe-se que apenas uma pequena minoria de doentes mentais enquadra-se, eventualmente, na classificação de perigosos ou violentos. Esse rótulo não é definitivo, já que os comportamentos de agressividade, que geralmente ocorrem nas fases de angústia e sensibilidade por que passam os doentes, não são inerentes a nenhuma patologia mental.

A essa minoria, nessas fases, decerto se aplica o princípio do confinamento, da mesma forma que aos pacientes em fases de depressão ou



confusão mental. Porém, excluindo-se os pacientes com essas características, na maioria das vezes transitórias, ainda resta a grande maioria de doentes mentais que não representam qualquer risco para si mesmos ou para outrem. Assim, não é razoável que o confinamento seja uma regra – como ocorre atualmente –, impingida de forma indiscriminada.

Há que se ressaltar a existência de profundas controvérsias sobre os resultados das experiências de reforma psiquiátrica já implementadas até hoje a nível mundial. As avaliações disponíveis podem variar diametralmente, dependendo dos conceitos e da vivência do profissional envolvido. Os conceitos atribuídos vão do sucesso absoluto ao mais estrondoso fracasso.

Porém, acima de toda polêmica sobre resultados, o caráter integrador e humano do tratamento comunitário de doentes mentais anteriormente descrito choca-se com o quadro desolador da atenção psiquiátrica atual. Se o tratamento comunitário não garante a cura dos doentes mentais, o atual modelo institucionalizante, além de não curar, na maioria das vezes agrava o quadro dos pacientes, que se tornam dependentes da instituição e perdem o restante do senso social e familiar que a doença por si mesma não lhes subtrai.

Assim sendo, a assistência ao doente mental predominantemente comunitária constitui um avanço a ser fomentado e defendido por todos os seus responsáveis.

Pode-se dizer que o movimento de reforma psiquiátrica tem abrangência mundial, com experiências já em andamento em diversos países. Na América Latina, a própria Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço regional da Organização Mundial de Saúde (OMS), deu fôlego ao processo da reforma



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

por meio da Conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, realizada em Caracas, Venezuela, em novembro de 1990.

A Declaração de Caracas estatui que a reestruturação da atenção psiquiátrica “permite a promoção de modelos alternativos centrados nas comunidades e em suas redes sociais” e “implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços”. O documento conclama os países “a apoiar a reestruturação da atenção psiquiátrica de forma a assegurar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações da Região”.

No Brasil, o processo de reforma iniciou-se no final da década de 70, quando se constituiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, mais tarde transformado no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

A partir do início da década de 90, o processo vem sendo capitaneado pelo próprio Ministério da Saúde, que, em 1991, por intermédio de sua Coordenação de Saúde Mental, iniciou um processo de reestruturação da assistência em saúde mental, caracterizado pelo financiamento de uma rede de assistência extra-hospitalar, pela abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e pela instituição de regras mais rígidas para o funcionamento dos serviços hospitalares psiquiátricos.

Esse engajamento ampliou-se nas deliberações da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em 1992, com a participação de mais de mil delegados, 20% deles compostos por usuários dos serviços de saúde mental, indicados pelas mais de cem conferências estaduais e municipais realizadas em todo o País. Nessa mesma época, constituíram-se diversas



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

organizações de familiares e de usuários dos serviços de saúde mental, que passaram a assumir um papel relevante na salvaguarda dos direitos humanos e da cidadania dos pacientes psiquiátricos, obtendo legitimidade e representatividade crescentes.

Como resultado de diretriz emanada da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, foi constituída, em 1994, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com a presença de entidades de familiares e usuários, conselhos profissionais da área de saúde, prestadores públicos e privados e gestores de saúde. Essa Comissão é responsável pela definição dos rumos e diretrizes da política nacional de saúde mental.

Como consequência desse engajamento do Ministério da Saúde na reforma psiquiátrica, houve alguma mudança nos dados numéricos relacionados à assistência à saúde mental no País, mas que ainda não aponta para uma tendência definitiva de desospitalização do doente mental ou de otimização dos recursos do setor, dados os retrocessos ainda constatáveis pelos citados números.

Em 1989, o Brasil possuía 313 hospitais psiquiátricos, sendo 259 privados ou filantrópicos e 54 estatais. Os gastos com internação psiquiátrica estavam em torno de 8,5% do total de gastos com internação pelo setor saúde, com mais de 450 mil pacientes internados por transtornos mentais, sendo que os 87 mil leitos destinados à assistência psiquiátrica correspondiam a 20% do total de leitos no país.

Em 1994, ou seja, em cinco anos, o número de hospitais psiquiátricos reduziu-se para 280, e o número de leitos para 69 mil, enquanto abriram-se cerca



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

de dois mil leitos em hospitais gerais, implantando-se cerca de 200 hospitais-dia e centros e núcleos de atenção psicossocial em diversos estados do país.

Hoje, segundo dados obtidos no Datasus relativos a agosto de 1997, são 76.084 os leitos psiquiátricos, que, somados aos 1.527 leitos em hospitais-dia psiquiátricos, perfazem um quantitativo correspondente a 15,6 % do total de leitos do SUS (497.354), representando um consumo de 11,6% do total gasto com internações e de 4,8% do total de recursos do SUS.

Ou seja, o número atual de leitos psiquiátricos diminuiu em relação a 1989, mas aumentou, em relação a 1994. Além disso, os leitos atuais, apesar de significarem um total 12,5% menor que o quantitativo de 1989, consomem 36,5% mais recursos, em termos do percentual que representam as internações psiquiátricas em relação aos recursos totais do sistema gastos com internação, do que consumiam os leitos psiquiátricos naquela época.

Assim, não se pode dizer que a determinação do Ministério da Saúde de proceder a uma reforma psiquiátrica esteja produzindo resultados numericamente significativos no setor. O mesmo ocorre em relação ao Estado de São Paulo, cujo Poder Executivo vem buscando reestruturar o segmento desde o início da década de 80. Os resultados lá alcançados até o final daquela década podem ser avaliados em estudo da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, elaborado com o objetivo de avaliar, como atividade econômica, os estabelecimentos de confinamento de doentes mentais, no período de 1980 a 1989².

² Ribeiro, Herval Pina. *Estabelecimentos destinados ao confinamento de doentes mentais no Estado de São Paulo. Estudo de tendências enquanto atividade econômica (1980/1989)*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, [sd].



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

O estudo resultou nas seguintes conclusões:

– os quantitativos de estabelecimentos e leitos destinados ao confinamento de doentes mentais no período de 1980 a 1989, no Estado de São Paulo, tiveram comportamentos assimétricos; embora tenha havido uma redução de dez estabelecimentos e uma queda de leitos aparentemente coincidente, observa-se que essas desativações, todas ocorridas no setor público, fizeram-se acompanhar, paralela e paradoxalmente, de aumento de leitos privados; a queda de leitos anteriormente citada só ocorreu nos nove estabelecimentos públicos de confinamento, em decorrência de uma política gradativa e coerente de desativação;

– no curso dos dez anos analisados, 4.078 leitos públicos de confinamento de doentes mentais foram desativados, enquanto o setor privado teve um acréscimo de 1.187 leitos, sobretudo no interior do Estado, apesar da redução do número desses estabelecimentos privados;

– no estudo em análise, foi adotada a terminologia de estabelecimentos de confinamento, ao invés de hospitais especializados, porque, de fato, ao contrário do que sugere este último termo, a tendência progressiva é de essas instituições perderem o caráter de hospital – lugar onde as pessoas se internam para se tratar e que impõe acréscimos científicos e tecnológicos;

– a tendência comum aos estabelecimentos públicos é a desativação, determinada, no caso, não por qualquer razão de ordem econômica, mas médica e sanitária; os remanescentes são muito mais albergues e colônias, de cunho assistencialista, do que estabelecimentos médico-hospitalares, não havendo porque considerar de outra maneira os estabelecimentos privados, todos eles com baixa densidade tecnológica e recursos humanos quantitativa e qualitativamente insuficientes, características que se devem acentuar na tentativa de garantir sua taxa de lucro, como estratégia de sobrevivência;

– o semi-abandono, quando não o abandono, das pessoas confinadas e supostamente em tratamento nesses estabelecimentos superpõe outros problemas ao seu sofrimento mental, levando-as à cronificação e ao apartamento social definitivo; a ausência atual de alternativas e a influência dos seus proprietários junto aos centros decisórios torna inócua ou pouco rigorosa a avaliação e vigilância sanitária sobre tais estabelecimentos, com habitual inserção de leitos em espaços exíguos e promíscuos, onde o descaso e os maus tratos são freqüentes; não por acaso, de 60 estabelecimentos privados lucrativos destinados ao confinamento de doentes mentais, 39 tinham mais de 250 leitos; nessa mesma situação encontravam-se 13 dos 38 estabelecimentos sem finalidade lucrativa;



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

– a lucratividade desses estabelecimentos destinados ao confinamento de doentes mentais, certamente ainda existente, provém dessas características e dessas estratégias de sobrevivência, que acabam, até por sua alta capacidade de iatrogenização, por desqualificá-los como “lugar onde as pessoas se internam para se tratar”, ou seja, como hospitais; é dos poucos grupos de estabelecimentos onde houve, por determinado período, uma tendência à monopolização por empresas ou sócios que detêm a propriedade de três ou quatro deles, comumente concentrados em determinadas áreas geográficas do interior do Estado;

– apesar dessa lucratividade residual (cujos métodos de obtenção a qualificariam quase como marginal), não houve expansão do número de estabelecimentos com essa destinação entre 1980 e 1989; ao contrário, nesse período, dez deles foram desativados, entre os quais se encontram os dois que foram desapropriados pelo Poder Público;

– se não tem havido nesses dez anos incentivos maiores por parte do Poder Público para que se ampliasse o número desses estabelecimentos, também não houve progressos significativos com relação à desospitalização dos doentes mentais confinados nessas instituições privadas, cujos serviços continuaram a ser comprados pelo sistema público de saúde, o que estimulou o aumento do número dos seus leitos, fato que adquire maior significado devido à redução do número desses estabelecimentos;

– por ser incerta e baixa a rentabilidade dos estabelecimentos de confinamento de doentes mentais, a tendência é sua estagnação como atividade econômica e sua fossilização como instituição médica.

Em relação às conclusões acima apresentadas, cabe questionar apenas a qualificação da rentabilidade dos estabelecimentos de confinamento de doentes mentais como incerta, no último item apresentado. Pode-se considerá-la, pelo contrário, como certa, já que basta ao proprietário do estabelecimento ter seus leitos ocupados para que receba, dos cofres públicos, a remuneração por essa ocupação, a qual, dada a escassez de leitos em estabelecimentos de atendimento não-manicomial, pode ser considerada praticamente garantida. Não é à toa que esses proprietários ampliaram o número de leitos de seus estabelecimentos.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Assim, pode-se inferir que as principais forças perpetuadoras do estado de coisas atual no campo da assistência psiquiátrica se baseiam no tripé omissão dos familiares, interesse dos donos de hospitais psiquiátricos e conivência do Poder Público como responsável pelo suporte financeiro.

Há que se concluir, portanto, que o processo de reforma psiquiátrica em andamento no País requer outros instrumentos, inclusive a norma legal pertinente, que lhe possam atribuir a celeridade e a efetividade necessárias.

A existência do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991, deve-se, certamente, à necessidade de preenchimento dessa lacuna normativa. Fruto do movimento reformista e baseado na corrente da antipsiquiatria e no modelo de reforma psiquiátrica adotado na Itália, o PLC nº 8/91, apresentado pelo Deputado Paulo Delgado, em 12 de setembro de 1989, preconiza um processo de desospitalização do paciente psiquiátrico e a substituição dos leitos manicomiais por outras formas de atendimento.

O principal propósito do projeto, além de determinar legalmente que a reforma seja implementada, foi criar um mecanismo de aceleração e viabilização financeira desse processo de substituição progressiva dos leitos manicomiais por leitos nos estabelecimentos de saúde mental de caráter comunitário, mais humanos e menos dispendiosos.

A maneira idealizada foi impedir o Poder Público, principal financiador do sistema, de contratar novos leitos em hospitais psiquiátricos e obrigá-lo a transferir paulatinamente os recursos do SUS para as demais formas de assistência ao doente mental. Em outras palavras, a meta foi impedir que o Estado continue a subsidiar o péssimo tratamento oferecido pelos manicômios



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

privados e obrigá-lo a alavancar a mudança de mentalidade rumo às formas mais humanas de assistência à saúde mental por meio da reforma em suas próprias estruturas de atendimento.

Ressalte-se que essa idéia simples reveste-se de inegável potencial para transformar o atual estado de coisas.

Assim sendo, o PLC nº 8/91 recebeu a aprovação da parcela da sociedade que apóia o movimento da reforma psiquiátrica. Durante sua tramitação no Congresso Nacional, recebeu manifestações de apoio de diversos segmentos, entre os quais: Associação Brasileira de Psiquiatria/VIII Jornada Norte-Nordeste de Psiquiatria/II Jornada Paraense de Saúde Mental (moção); conselhos federais de fiscalização do exercício profissional (moção assinada por dezoito conselhos); Conselho Nacional de Saúde (moção com parecer anexo); Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 6ª Região (ofício); Conselho Regional de Psicologia – 11ª Região (carta enviada por fax); Ministério da Saúde/Encontro de Parlamentares Estaduais sobre Legislação Psiquiátrica no Brasil (relatório final); Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (carta); Encontro Brasileiro de Reabilitação Psicossocial/Seminário Regional da World Association for Psychosocial Rehabilitation (moção com quatrocentas assinaturas).

Houve também uma série de manifestações de segmentos contrários ao projeto, a maioria delas com base no temor de que o projeto poderia acarretar a colocação de todos os doentes mentais nas ruas, onde eles ficariam sem qualquer assistência e ameaçariam a própria integridade e a dos demais cidadãos. Considere-se, entretanto, que não existe no PLC nº 8, de 1991, dispositivo que embase tal temor.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Estão entre os críticos do projeto os seguintes manifestantes: professores de psiquiatria em faculdades de medicina oficiais e oficializadas (manifesto com 79 assinaturas publicado em jornal); Associação de Familiares de Doentes Mentais (carta com parecer); psiquiatras e demais profissionais de saúde mental (abaixo-assinado com 513 assinaturas de psiquiatras e 3.200 de outros profissionais, publicado em jornal); Prof. Dr. Jorge Alberto Costa e Silva, Presidente da Associação Mundial de Psiquiatria (carta com considerações); Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (manifesto); Instituto Brasileiro de Psico-Neuro Ciências (carta); Federação Brasileira de Hospitais/Departamento de Psiquiatria (carta, com estudo e anexos; substitutivo); Associação Psiquiátrica do Rio Grande do Sul (substitutivo); Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro/Câmara Técnica de Saúde Mental (substitutivo).

O grande problema do projeto, contudo, foi apresentar-se eivado de vícios legislativos e falhas conceituais, apesar de conter uma proposta de grande relevância e potencial para beneficiar a sociedade. Além disso, limitou seu escopo apenas aos aspectos da desospitalização e da internação compulsória.

Os principais vícios e falhas do projeto resumem-se em impor atribuições a entidades dos Poderes Executivos estaduais, ou seja, inconstitucionalidade por vício de iniciativa, classificar todas as internações não voluntárias como compulsórias, ignorando a diferença entre as internações determinadas pelo Poder Judiciário e aquelas solicitadas por familiares e/ou por médicos e impor atribuições à defensoria pública ou autoridade judiciária que a substitua. Nesse caso, o projeto – além de atribuir inconstitucionalmente o *status* de autoridade judiciária à defensoria pública – atribui competência a um ente do Poder



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Judiciário que não é apropriado para a missão definida, tornando difusa a definição do destinatário do dever jurídico.

Em consequência, um substitutivo ao projeto, mais abrangente e conceitualmente mais apropriado, acabou aprovado na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, ambiente que assistiu, durante as discussões da matéria, aos polêmicos embates entre os defensores do movimento da antipsiquiatria (e, portanto, do projeto) e os críticos do movimento, perfilados com o autor do substitutivo, o ilustre Senador Lucídio Portela.

O “Substitutivo Lucídio Portella” representa um real aperfeiçoamento no que tange a estabelecer diretrizes para uma política de saúde mental e um modelo abrangente de atenção ao doente mental.

Os principais avanços encontram-se nos seguintes pontos: definição dos direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental; estabelecimentos de saúde mental, abrangendo tanto os dispositivos destinados ao atendimento comunitário, quanto aqueles destinados à institucionalização do doente; determinação de três tipos de hospitalização psiquiátrica; previsão de a assistência aos doentes visar a sua reabilitação e reinserção social; obrigatoriedade de o tratamento em regime de hospitalização oferecer assistência integral ao doente; vedação da internação de doentes mentais em instituições com características asilares.

Em sua justificação, o Senador afirma entender “que o modelo comunitário envolve a assistência hospitalar e a extra-hospitalar”, pois “essa complementação é a regra em todas as especialidades médicas”.

De fato, o substitutivo contempla o que poderia ser considerado o modelo de assistência ideal, já que prevê essa complementariedade entre o atendimento



em hospitais psiquiátricos – prestado de forma integral – e as demais formas de atendimento. Isso, porém, demandaria, um significativo crescimento dos recursos gastos com saúde mental, o que o afasta da realidade da saúde no Brasil.

A esse respeito cabe assinalar que o SUS, responsável pela quase totalidade dos gastos brasileiros com assistência psiquiátrica, desembolsou, no período de janeiro a agosto deste ano, com internações em hospitais psiquiátricos e em hospitais-dia psiquiátricos, o montante de R\$ 247.229.100,32, que correspondem a 11,6% do total gasto com internações, e a 4,8% do total de recursos dos sistema no mesmo período. Em outras palavras, o leito psiquiátrico, mesmo sendo oferecido em caráter basicamente asilar e com precaríssima qualidade, constitui um serviço de saúde extremamente dispendioso, consumindo quase 5% do total gasto com todas as especialidades.

Assim, ainda que se possa supor que o volume de recursos totais do sistema possa crescer significativamente e a curto prazo (o que contraria a tendência, verificada a cada ano, de escasseamento dos recursos gastos com saúde no país), seria ingenuidade assumir que esse volume maior de recursos poderia ser direcionado para a saúde mental em detrimento das demais especialidades de saúde, todas carentes de investimentos.

Dessa forma, mesmo que seja plausível propor um modelo ideal de atendimento ao doente mental e ter esperança de que ele um dia venha a ser implementado, certamente constitui ilusão supor que ele possa ser instituído de uma hora para outra, pela simples edição de uma lei.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

E é aí que se detectam as principais falhas do substitutivo: não estabelecer que é necessária uma reforma psiquiátrica para viabilizar a transição do atual estado de coisas para o modelo prescrito e não prever fontes de recursos para financiar essa transformação.

Em outras palavras, apesar de contemplar um modelo abrangente de assistência ao doente mental, de restringir a internação involuntária e de determinar como finalidade do tratamento a reabilitação e reinserção social do doente, ao omitir-se na determinação de que uma reforma psiquiátrica deva ser feita (para conduzir a assistência atual ao modelo abrangente) e no estabelecimento da fonte de recursos financeiros para a implementação dessa reforma, o substitutivo perpetua, na prática, a situação atual de predominância da institucionalização como forma de assistência.

Isso porque os recursos do SUS, que mantêm tanto os hospitais públicos quanto a maioria dos leitos em hospitais privados, continuarão a ser totalmente gastos com esses leitos, e não mais poderão ser canalizados para as outras formas de assistência, mais baratas e certamente revolucionárias em seu objetivo de sociabilizar o paciente psiquiátrico.

A afirmação acima é feita com base na posição dos dois já mencionados principais agentes de perpetuação do atual quadro calamitoso da assistência à saúde mental: proprietários de hospitais e familiares dos doentes.

Sobre os proprietários de hospitais, impossível desconsiderar o fato de que uma boa parte deles, mesmo sob intensa crítica e diante do evidente desserviço que prestam aos doentes e à sociedade de modo geral, não têm demonstrado a preocupação de aprimorar a qualidade de seus estabelecimentos



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

ou do atendimento ali oferecido. A principal razão para isso é de foro econômico, conforme se depreende das informações que se seguem.

Retomando, neste ponto, o estudo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, vê-se, pelas conclusões do referido trabalho, que a sobrevivência dos hospitais psiquiátricos se deve aos lucros marginais que a atividade propicia aos empresários do setor. Esses lucros, mesmo não excessivamente vultosos, são rendimentos estáveis que independem da qualidade do serviço prestado em contrapartida, já que o SUS retribui as instituições pelo número de pacientes atendidos e de atos praticados.

Essa modalidade de retribuição de serviços também é o motivo pelo qual esses empresários buscam aumentar sua renda pelo artifício de incluir cada vez mais leitos no mesmo espaço. Além disso, é costume possuírem vários estabelecimentos em uma mesma região geográfica, já que a atividade corresponde a um “negócio” certo, cujos rendimentos dependem mais da quantidade de serviços do que de sua qualidade ou da capacitação técnica de seus prestadores.

Certamente, é esse o mesmo motivo para que nenhum desses estabelecimentos tenha recebido investimentos de seus proprietários, os quais, pelo atual sistema, não obteriam o retorno financeiro por tais investimentos.

Assim, diante da comodidade da situação em que se encontram, não há porque imaginar que esses agentes tenham, por conta própria, a iniciativa de vencer a inércia e melhorar a assistência prestada aos doentes.

Da mesma forma, as famílias, diante da inexistência de um processo de reforma legalmente estabelecido, não medirão esforços no sentido de manter



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

seus doentes internados nos hospitais onde se encontram, já que isso é muito mais cômodo para os membros dessas famílias do que eles assumirem suas funções de responsáveis pelo doente e de coadjuvantes em seu tratamento. Ou seja, dificulta-se e prolonga-se a tentativa de reinserção do doente em seu meio social.

Assim sendo, pode-se concluir que essas falhas existentes no substitutivo fazem de seu texto uma proposta inócua no que tange a favorecer uma verdadeira mudança no quadro brasileiro dos cuidados com a saúde mental. Caso elas persistam na lei que venha a ser aprovada, ter-se-á perdido a oportunidade de viabilizar o instrumento necessário para dar celeridade à reforma já em andamento – a passos lentos – em diversas instituições do país, com o respaldo de parcela significativa dos profissionais de saúde mental e bancada pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais.

Pode-se concluir também, pelas razões já expostas, que essa reforma vá continuar sendo implementada, mesmo sem o arcabouço jurídico capaz de dar-lhe celeridade e embasamento legal.

Tendo esgotado o relato dos antecedentes relacionados à matéria, faz-se necessário ressaltar que, a despeito da legitimidade da divergência ideológica e da disputa inerente à atividade política, a sociedade espera do Senado Federal, como instituição legiferante e representativa dos Estados da Federação, que origine a lei que melhor respalde a transformação do perverso cenário atual rumo a um novo modelo: de base comunitária, mas prestador de todos os tipos de assistência, inclusive a que pressuponha internação em hospitais psiquiátricos, a qual deve ser encarada como um recurso suplementar ao tratamento comunitário,



e não o inverso. Acima de tudo, cabe a todo o Poder Legislativo editar uma norma que – entre outras funções – assegure a reforma psiquiátrica.

III – ANÁLISE

A partir dos conceitos abordados e da situação atual já descrita, infere-se que a lei ideal de saúde mental deveria contemplar cinco requisitos básicos:

- 1 – a elaboração das diretrizes para uma política nacional de saúde mental;
- 2 – a definição do modelo mais abrangente e ideal possível de atendimento à saúde mental;
- 3 – a determinação da forma de transição da situação atual para o modelo ideal;
- 4 – a previsão dos meios financeiros para fomentar a transição;
- 5 – a estipulação das penas para quem praticar atos lesivos à integridade dos doentes mentais ou violar dispositivos contidos na lei.

O “Projeto Paulo Delgado” apresenta a forma de transição da situação atual para o modelo ideal – a substituição progressiva dos leitos manicomiais por leitos nos outros tipos de assistência – e um meio eficaz para fomentar essa transição – a transferência do financiamento público do modelo institucionalizante para o tratamento comunitário. Ou melhor, o projeto contempla os requisitos três e quatro da lei ideal, que representam os mecanismos necessários para possibilitar que a reforma psiquiátrica aconteça efetivamente e com a celeridade demandada pela precariedade da atual



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

assistência ao doente mental. O grande problema do PLC nº 8/91, contudo, é que ele, além de limitar sua abrangência ao processo de transição, contém imperfeições tanto de conteúdo quanto de técnica legislativa.

O “Substitutivo Lucídio Portella” (Emenda nº 1-CAS) abrange o conteúdo dos dois primeiros requisitos da lei ideal: as diretrizes para uma política de saúde mental e um modelo mais abrangente de assistência psiquiátrica. Entretanto, o substitutivo não estabelece a forma como se dará a necessária transição da atual situação calamitosa para esse modelo ideal e também não fornece o mecanismo financeiro para fomentar essa transformação. Se a lei que vier a ser aprovada persistir com essas lacunas, constituirá norma certamente destinada a se tornar “letra morta”, como milhares de outras leis brasileiras, perfeitas na forma e no conteúdo, mas destituídas de aplicabilidade e efetividade.

Podemos deduzir, portanto, que nenhum dos dois textos (PLC nº 8/91 ou substitutivo), isoladamente, atende a todos os requisitos acima listados (o último requisito não foi sequer mencionado por qualquer uma delas).

Porém, o Senado Federal ainda pode atuar em diferentes oportunidades para aperfeiçoar o projeto. Mantendo o Plenário a decisão desta Comissão de aprovar a proposta na forma do substitutivo apresentado, haverá, em conformidade com o disposto no parágrafo único, do art. 270, do Regimento Interno, turno suplementar de discussão e votação. No turno suplementar, ocorrerá nova fase de recebimento de emendas – desta vez apresentadas ao texto do substitutivo – momento em que poderão ser sugeridas quaisquer novas idéias e disposições que se desejarem, inclusive as penalidades aplicáveis nos casos de descumprimento da lei.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Já na oportunidade que agora se apresenta, a Casa tem a chance de aprimorar a proposta por meio da aprovação das emendas de Plenário que a aproximem da lei ideal.

Recomendamos, portanto, a aprovação parcial dessas emendas, por meio do texto que apresento, baseado no § 6º do Art. 133 do Regimento Interno, depois de analisar o Projeto original, o substitutivo do Senador Lucídio Portela e as Emendas de plenário, com o objetivo de tentar suprir as lacunas existentes, nos seguintes termos:

*Aprovado
A Comissão Diretora
Em 15.12.98*

Emenda n.º 9 - Plen

TEXTO

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, mencionados no artigo 2º, parágrafo único, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa será formalmente cientificada dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único - São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

- a) Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- b) Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- c) Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- d) Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- e) Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- f) Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- g) Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- h) Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- i) Ser tratada, preferencialmente, em estabelecimentos de saúde mental da sua comunidade;

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, com ações de promoção da saúde e assistência aos portadores de transtornos psíquicos com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como qualquer instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

§ 4º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente, e do Ministério Público, ex-officio, ou quando provocado, devendo permanecer enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições:

I - sua saída não lhe venha acarretar interrupção do tratamento necessário e agravamento dos sintomas;

II - sua saída não o leve ao abandono material ou afetivo;



III - sua saída não o entregue, direta ou indiretamente, à exploração interesseira de terceiros;

IV - sua saída obedeça à legislação vigente relacionada a cada caso.

V - Sua reabilitação psicossocial seja assistida por equipe multi profissional.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- a) Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- b) Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- c) Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

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

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 9º A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

§ 1º O Ministério Público, ex-offício, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 10º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo Juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 11º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

Art. 12º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atenção, criará Comissão Nacional para acompanhar a implementação desta lei.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Art. 14º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação revogando-se as disposições em contrário.

III – VOTO

Assim, para concluir este parecer ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991, manifestamo-nos pela **aprovação do texto que apresentamos**.

Sala da Comissão, em


Senador SEBASTIÃO ROCHA

REQUERIMENTO N° 59^s, DE 1998

Adiamento da votação
para determinado dia.

*Aprovado
Em 02.12.98 -*
Nos termos do art. 315, combinado com a alínea "c" do art.
279 do Regimento Interno, requiro adiamento da votação do ~~Projeto~~ *Requeri-*
mento n.º 584, de 1998.

Impressão
a fim de ser feita na sessão de

09.12.98

Sala das Sessões, em *02.12.98*

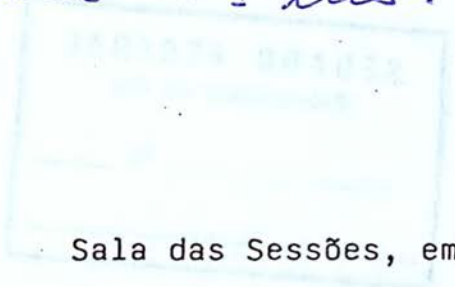
Olinda
Frederico M.
(5 dias úteis)

Amado
Em 15.12.98
[Signature]

REQUERIMENTO Nº 628 , DE 1998

Preferência para Substitutivo a fim de ser apreciado antes do Projeto.

Nos termos dos arts. 300, inciso XIII, e 311, item 4, do Regimento Interno, requiero preferência para votação do Substitutivo ao ~~Projeto~~ *(Emenda nº 9 - Plen)* sobre a *Emenda nº 1 - Cas.*



Sala das Sessões, em

[Signature]

Procedido
em 15-12-98
[assinatura]

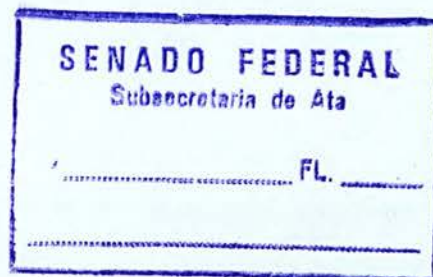
REQUERIMENTO Nº 629, DE 1998

**Destaque de disposição para
votação em separado.**

Nos termos do art. 300, XV, combinado com o art. 312, alínea "b", do Regimento Interno, requero destaque, para votação em separado da expressão: "*revogando-se as disposições em contrário*", constante do art. 14 da Emenda nº 9-Plen (substitutiva), oferecida ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991, para adequação ao art. 9º da Lei Complementar nº 95, de 1998.

Sala das Sessões, em

[assinatura]



COMISSÃO DIRETORA

PARECER Nº 691, DE 1998

Redação do vencido, para o turno suplementar, do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na Casa de origem).

A **Comissão Diretora** apresenta a redação do vencido, para o turno suplementar, do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na Casa de origem), que *dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.*

Sala de Reuniões da Comissão, em 15 de dez. de 1998.

, PRESIDENTE

RELATOR



Luiz Teófilo de Souza

ANEXO AO PARECER Nº , DE 1998.

Redação do vencido, para o turno suplementar, do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na Casa de origem).

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, mencionados no art. 2º, parágrafo único, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa será formalmente cientificada dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em estabelecimentos de saúde mental da sua comunidade.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, com ações de promoção da saúde e assistência aos portadores de transtornos psíquicos com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como qualquer instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

§ 4º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracteriza situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e

reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente, e do Ministério Público, ex-offício, ou quando provocado, devendo permanecer enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições:

I - sua saída não lhe venha acarretar interrupção do tratamento necessário e agravamento dos sintomas;

II - sua saída não o leve ao abandono material ou afetivo;

III - sua saída não o entregue, direta ou indiretamente, à exploração interesseira de terceiros;

IV - sua saída obedeça à legislação vigente relacionada a cada caso;

V - sua reabilitação psicossocial seja assistida por equipe multiprofissional.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

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.

Art. 9º A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de setenta e duas horas, ao Ministério Público.

§ 1º O Ministério Público, ex-offício, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe

revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 10. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 11. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 12. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de representante legal, e sem a devida comunicação ao CRM.

Art. 13. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 14. Esta Lei entra em vigor da data de sua publicação.

*A publicação
Em 15/12/98*

EMENDA N.º 1- PLEN , DE 1998

Dê-se ao caput do artigo 1º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.º 08/91 a seguinte redação:

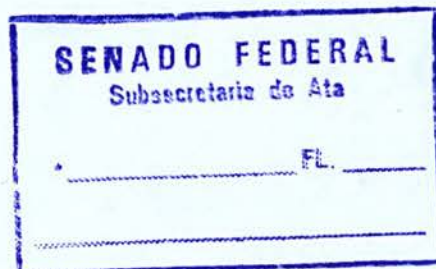
“ Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.”

JUSTIFICAÇÃO

Estamos propondo uma nova redação com o objetivo de zelar por uma maior clareza e correção de texto, pois, no nosso entendimento fica, no mínimo pouco elegante, indicar termos do art. 2º, ao ser redigido o art. 1º.

Sala das Sessões, 15 de dezembro de 1998.

JED
Senador **JOSÉ EDUARDO DUTRA**
PT/SE



de publicação
em 15/12/98

EMENDA Nº 02-^{PLEN} DE 1998

Dê-se ao caput do artigo 2º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 08/91, a seguinte redação:

"Art. 2º Nos entendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo."

JUSTIFICAÇÃO

Acrescentamos neste texto a presença de familiares ou responsáveis por entendermos que é da maior importância envolver a família ou mesmo alguém diretamente responsável pelo paciente no ato de ter ciência dos direitos mencionados neste artigo.

Sala das Sessões, 15 de dezembro de 1998.

Senador JOSÉ EDUARDO DUTRA
PT/SE



à publicação
Em 15/12/98

EMENDA N.º 03-^{PLEN}, DE 1998.

Suprimir do caput do artigo 3º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara a expressão "qualquer", ficando com a seguinte redação:

"Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, com ações de promoção da saúde e assistência aos portadores de transtornos psíquicos com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos."

JUSTIFICAÇÃO

A supressão encaminhada tem o objetivo de garantir que estejam bem definidas as instituições ou unidade que ofereça assistência. A expressão "qualquer" pode vir a alimentar vícios de indefinições, abrindo espaço para que instituições não qualificadas assumam essa função.

Sala das Sessões, 15 de dezembro de 1998.


Senador JOSÉ EDUARDO DUTRA
PT/SE





EMENDA Nº 4 - PLEN, de 1998.

(Ao Substitutivo ao PLC nº 008/91, em Turno Suplementar)

Dê-se ao Artigo 3º, a seguinte redação:

Artigo 3º - É de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, **a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos**, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como qualquer instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

§ 1 - São os seguintes os estabelecimentos de saúde mental:

- a) ambulatório psiquiátrico;
- b) pronto-socorro psiquiátrico;
- c) emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral;
- d) enfermaria psiquiátrica no hospital geral;
- e) hospital psiquiátrico;
- f) hospital-dia;
- g) hospital-noite ou pensão protegida;
- h) centros de convivência;
- i) hospital judiciário de custódia e tratamento mental;
- j) outros estabelecimentos que venham a ser desenvolvidos e regulamentados pelo Poder Público;

Justificativa

Entendemos ser fundamental a especificação, em Lei, do tipo de serviço que será prestado aos portadores de transtornos psíquicos no âmbito do SUS, quanto de outros sistemas.

Ao nosso ver, o Estado também tem que ter a clara as instâncias de responsabilidade no desenvolvimento de uma política de saúde mental, com assistência, de forma objetiva, aos portadores de transtornos psíquicos, e na promoção de ações de saúde, do ponto de vista educativo e preventivo.



SENADO FEDERAL
Gabinete da Senadora **EMILIA FERNANDES**

Sem essas claras definições, dependendo da orientação dada a política, o sistema poderá estar sujeito a interpretação minimalista do papel do Estado, com redução das ações e da assistência aos portadores de transtornos psíquicos.

Sala das Sessões, em 1998.

Senadora Emilia Fernandes (PDT-RS)





SENADO FEDERAL

Gabinete da Senadora **EMILIA FERNANDES**

*a publicação
Em 15/12/98*
[Assinatura]

EMENDA Nº 5 - PLEN

(Ao Substitutivo ao PLC nº 008/91, em Turno Suplementar)

Dê-se ao Artigo 4º, a seguinte redação:

Artigo 4º - O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista ou esteja em fase de implementação nova estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Justificativa

A presente emenda objetiva contribuir para precisar melhor a relação direta entre a definição de investimento por parte do Poder Público na nova rede de serviços, e a política de mudança de perfil do atual sistema, se afetar a oferta atual de serviços aos portadores de transtorno mental.

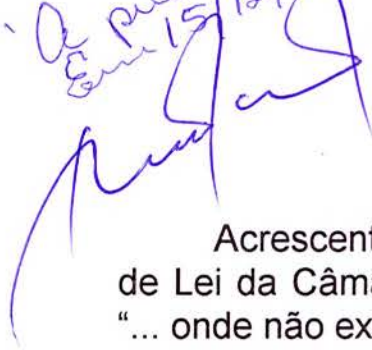
Sala das Sessões, em

1998.

[Assinatura]

Senadora Emilia Fernandes (PDT-RS)



A publicação
Em 15/12/98


EMENDA N.º 6 , DE 1998

Acrescente-se no caput do artigo 4º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº08/91, a expressão "substitutiva", após a frase "... onde não exista estrutura assistencial..."

JUSTIFICAÇÃO

Esse acréscimo explicita um determinado tipo de estrutura. Esta clareza é fundamental na definição da construção ou manutenção de estruturas.

Sala das Sessões, 15 de dezembro de 1998.


Senador JOSÉ EDUARDO DUTRA
PT/SE



*- a publicação
em 15/12/98*

EMENDA N.º 7-^{PLEN}, DE 1998

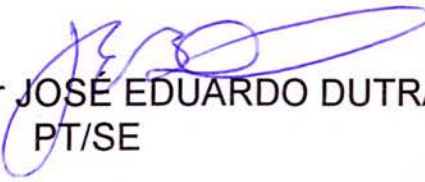
Acrescente-se um parágrafo único ao artigo 4º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.º 08/91, com a seguinte redação:

Parágrafo único. Os procedimentos a serem adotados para a avaliação da rede de serviços em saúde mental, inclusive os parâmetros assistenciais, para o cumprimento do disposto no caput deste artigo, serão objeto de regulamentação do Ministério da Saúde, a ser expedida no prazo de 60 (sessenta) dias após a promulgação desta lei.

JUSTIFICAÇÃO

Esse parágrafo define a instância competente e o procedimento apropriado para garantir a implementação de um processo público e eficiente de avaliação.

Sala das sessões, 15 de dezembro de 1998.


Senador JOSÉ EDUARDO DUTRA
PT/SE



*a publicação
Em 15/12/98*

EMENDA N.º

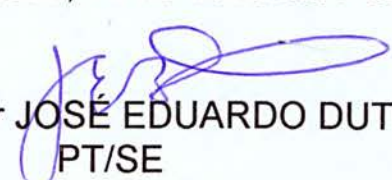
8-PLen
8, DE 1998

Suprima-se do § 4º, do artigo 5º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.º 08/91 a seguinte expressão: "...e do Ministério Público, ex-offício, ou quando provocado, devendo permanecer enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições:" e seus parágrafos I, II, III, IV E V.

JUSTIFICAÇÃO

Estamos encaminhando a supressão dessas expressões no § 4º, do artigo 5º procurando delinear melhor os procedimentos referentes à alta dos pacientes, no caso da intervenção do Ministério Público.

Sala das Sessões, 15 de dezembro de 1998.


Senador JOSÉ EDUARDO DUTRA
PT/SE



A publicação
Em 15/12/98.
[Assinatura]

EMENDA N.º 9 - PLEN, DE 1998

Dê-se ao artigo 5º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.º 08/91 a seguinte redação:

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º Fica vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares;

§ 3º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente.

JUSTIFICAÇÃO

Estamos encaminhando essa nova redação para o art. 5º na certeza de que é a melhor redação para nortear a definição de diretrizes e normas reguladoras dos procedimentos referentes tanto internação como à alta dos pacientes, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Sala das Sessões, 15 de dezembro de 1998.

[Assinatura]
Senador JOSÉ EDUARDO DUTRA
PT/SE



- A publicação
Em 15/12/98
[Handwritten signature]

EMENDA N.º 10-^{PLEN}, DE 1998

Substitua-se no artigo 9º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n.º 08/91 a expressão "a procedeu", para o determinou.

JUSTIFICAÇÃO

Estamos encaminhando a substituição da referida expressão com o objetivo de garantir maior efetividade na decisão do médico autor do fato.

Sala das Sessões, 15 de dezembro de 1998.

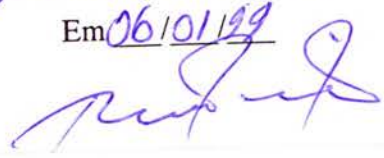
[Handwritten signature]
Senador JOSÉ EDUARDO DUTRA
PT/SE



Aprovado
Em 07.01.99

Inclua-se em
ORDEM DO DIA
da próxima sessão.

Em 06/01/99



REQUERIMENTO Nº 2 , DE 1999

Considerando que o PLC nº 008, de 1991 (nº 3657/89 na Casa de origem), encontrava-se há sete anos na Comissão de Assuntos Sociais, sendo emitido parecer às emendas de Plenário em razão de requerimento de urgência à sua tramitação, quando inclusive foi votado em primeiro turno, e foram recebidas emendas para a votação em turno suplementar;

considerando que o Projeto de Lei em questão é de grande interesse social, tendo gerado amplo debate entre os segmentos sociais interessados e grande repercussão nos meios de comunicação;

considerando que a não apreciação do aludido Projeto de Lei tem frustrado a opinião pública, com prejuízo à imagem desta Casa Revisora;

considerando que a demora ocorrida tem levado a um sobrestamento de medidas do próprio Poder Executivo quanto à implantação de uma necessária Política de Saúde Mental para o País;

considerando o final desta Legislatura, que se expira ao término desta Convocação Extraordinária;

considerando a tendência de acúmulo de matérias à deliberação do Plenário, nas últimas semanas da Convocação Extraordinária;

considerando estar o debate da matéria já suficientemente pacificado pelo amplo entendimento efetuado na consecução do último Substitutivo, recentemente aprovado em Plenário;

considerando a necessidade de continuar-se a apreciação da matéria dentro da celeridade já iniciada, atendendo reclamos da opinião pública,

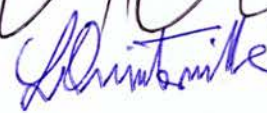
vimos:

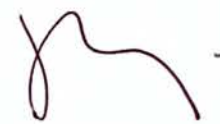
Requerer tramitação, em regime de urgência do PLC-008/91 (nº 3657/89 na Casa de origem), nos termos do art. 336, alínea "c", obedecendo o disposto no inciso III do art. 338 do Regimento Interno do Senado Federal.

Sala de Sessões, em 6 de janeiro de 1999.

 - PFL

 - PTB

 - PPB

 - PSDB

SENADO FEDERAL
Subsecretaria de Ata
..... FL
.....



Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 12. O Poder Executivo, na regulamentação desta lei, determinará a composição de uma Comissão Nacional permanente, pluri-representativa e paritária de Saúde Mental, que fiscalizará e estabelecerá diretrizes para a implementação de uma política nacional de Saúde Mental, de acordo com esta lei.

Art. 13. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Revogam-se as disposições em contrário.

Face ao exposto, concito os nobres pares ao apoio desta emenda, que visa sobretudo resguardar os direitos civis e fundamentais do portador de transtorno mental, ao tempo que lhe assegura, em qualquer circunstância, o melhor tratamento que a ciência psiquiátrica possa dispor. Da mesma forma, cria diretrizes à assistência psiquiátrica e estabelece condições para a implantação de uma política de saúde mental para o País.

Sala das Comissões, em 23 de novembro de 1995

PRESIDENTE EM
EXERCÍCIO

Senador **LUCÍDIO PORTELLA**
RELATOR DO VENCIDO

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 008, DE 1991

ASSINARAM O PARECER, EM REUNIÃO DE 23 DE NOVEMBRO DE 1995, OS
SENHORES SENADORES:

- 01 - CARLOS WILSON - PRESIDENTE EM EXERCÍCIO
- 02 - LUCÍDIO PORTELLA - RELATOR DO VENCIDO
- 03 - MARLUCE PINTO
- 04 - JONAS PINHEIRO
- 05 - JOÃO FRANÇA
- 06 - FREITAS NETO
- 07 - EMÍLIA FERNANDES
- 08 - ANTONIO CARLOS VALADARES
- 09 - CASILDO MALDANER
- 10 - BELLO PARGA
- 11 - DARCY RIBEIRO
- 12 - JOSÉ FOGAÇA
- 13 - LÚCIO ALCÂNTARA - (VENCIDO), *com Voto em Separado*
- 14 - LEOMAR QUINTANILHA
- 15 - JOSÉ EDUARDO DUTRA - (VENCIDO)
- 16 - OSMAR DIAS
- 17 - JEFFERSON PERES

VOTO EM SEPARADO, VENCIDO, DO SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA AO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 08, DE 1991.

*Na COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS,
sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 8/91 (nº
3.657/89, na Câmara dos Deputados), que
"dispõe sobre a extinção progressiva dos
manicômios e sua substituição por outros
recursos assistenciais e regulamenta a
internação psiquiátrica compulsória".*

1. Relatório

O projeto de lei em epígrafe, de autoria do Deputado Paulo Delgado, dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

Prevê o projeto que isto seja feito através de:

- proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos
(art. 1º);

- proibição de contratação ou financiamento, pela Administração Pública, de novos leitos em hospitais psiquiátricos (art. 1º);

- planificação, instalação e funcionamento, por parte dos organismos de gestão estadual e municipal do Sistema Único de Saúde, de recursos não-manicomiais de assistência psiquiátrica (art. 2º, *caput* e §§ 1º e 2º);

- constituição de conselhos estaduais de Reforma Psiquiátrica junto a todas as secretarias estaduais de saúde, com a função de acompanhar a elaboração dos planos estaduais e municipais de desospitalização (art. 2º, § 3º);

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re. Nº 08 de 19 91
Fls. 25



- definição de "internação psiquiátrica compulsória" (art. 3º, § 1º) e determinação de que sua notificação seja feita à autoridade judiciária local pelo médico que a procedeu no prazo de 24 horas (art. 3º, *caput*), com prazo de outras 24 horas para que a autoridade judiciária local opine sobre a legalidade da internação (art. 3º, § 2º);

- determinação de auditorias periódicas nos estabelecimentos psiquiátricos, a serem realizadas pelas autoridades judiciárias locais, com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado (art. 3º, § 3º).

O projeto revoga o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que "dispõe sobre a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas" (art. 5º).

Na Câmara dos Deputados, foi submetido às Comissões de Constituição, Justiça e Redação e de Seguridade Social, onde teve pareceres favoráveis, tendo sido aprovado no Plenário da Câmara em 14 de dezembro de 1990.

Na Comissão de Seguridade Social, recebera uma emenda ao artigo 1º — o atual § 1º — que flexibilizou a proibição aí contida, permitindo que, nas regiões onde não houvesse estrutura ambulatorial suficiente, a extinção dos manicômios fosse feita de maneira gradativa, de modo a evitar o "colapso para o atendimento".

No Senado Federal foi encaminhado à apreciação desta Comissão, onde deu entrada em 4 de abril de 1991 e foi distribuído para relatório ao Senador José Paulo Bisol.

Na Comissão de Assuntos Sociais, recebeu três emendas: duas do Senador José Fogaça (emendas 1 e 2) e uma do Senador Lourival Baptista (emenda 3).

A emenda 1 propõe a modificação do artigo 1º para restringir a proibição de construção de novos manicômios *públicos* apenas, ao mesmo tempo em que permite a contratação e o financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospitais psiquiátricos.

A emenda 2 mantém o hospital psiquiátrico entre os "recursos não-manicomiais de atendimento", previstos no art. 2º.



A emenda 3 modifica o § 2º do art. 3º, no sentido de que o prazo concedido à autoridade judiciária local para emitir parecer sobre a legalidade da internação seja de 72 e não de 24 horas, mantendo o prazo de 24 horas para a notificação da internação involuntária à autoridade judiciária.

O parecer do Senador Paulo Bisol, apresentado na sessão de 4 de dezembro de 1991, foi favorável à aprovação do projeto na forma de substitutivo.

O projeto recebeu também dois votos em separado, apresentados na mesma data (10 de dezembro de 1991), dos Senadores Lucídio Portella e Beni Veras.

O parecer do relator, Senador Paulo Bisol — um extenso e brilhante arrazoado de 36 páginas — reconhece a necessidade da reforma pretendida, concorda com os pressupostos ético-filosóficos do projeto e os louva, reconhecendo nele, no entanto, alguns "defeitos incontornáveis", razão pela qual conclui pela apresentação de substitutivo.

Este substitutivo, ao nosso ver, contrapõe-se ao projeto em seu espírito, ainda que reconhecendo o princípio de que as internações psiquiátricas só devem ser efetuadas quando e se necessárias e sempre em unidades especializadas de hospitais gerais.

Nas próprias palavras do relator, "o substitutivo assume esse rumo sem abraçar como idéia final a futura dissolução dos hospitais psiquiátricos e sem opor-se a essa possibilidade". "A meu ver, — continua o Senador Bisol, mais adiante, em seu parecer — o projeto tornaria insignificante a área de sua discutibilidade se deixasse para o futuro, para a gestação dos fatos, isto é, para a História, a decisão de extinguir ou não os hospitais psiquiátricos".

Desta forma, o substitutivo poderia vir a impedir a consecução dos objetivos da Reforma Psiquiátrica — para a qual o Projeto busca dar respaldo legal — uma vez que não limita a expansão do número de leitos e de hospitais psiquiátricos e, assim, dificulta o redirecionamento dos recursos aí dispendidos para a criação e o desenvolvimento de alternativas não-manicomiais.

Outro grave problema do substitutivo apresentado pelo Senador Bisol é o de transformar o projeto, de um instrumento de reforma no campo da Saúde Pública, em um instrumento de reforma de práticas judiciárias, ao dar



preponderância a questões jurídicas e processuais e centrar suas preocupações no "devido processo legal" que devem seguir as internações psiquiátricas.

Nesta linha, o substitutivo passa a regulamentar não apenas a internação mas também a permanência da internação e a desinternação, num pesado processo de Psiquiatria Forense que muda o enfoque estratégico do projeto para questões jurídicas e de regulamentação legal, que o descaracterizam.

Tem, no entanto, o mérito de aperfeiçoar o artigo 3º do projeto, no que tange à regulamentação da internação compulsória ou involuntária, onde identifica um "defeito incontornável do projeto".

Este defeito é a forma definida para o controle judicial das internações involuntárias, atribuindo à Defensoria Pública autoridade judiciária.

A este equívoco soma-se — na opinião daquele relator, com a qual concordamos — um erro de técnica legislativa ao colocar, entre parênteses, a possibilidade de ser designada "outra autoridade judiciária" para o cumprimento das obrigações que estabelece.

Tem razão o Senador Bisol: "esta forma torna difusa a definição do destinatário do dever jurídico criado pelo dispositivo, converte-o numa regra jurídica inaplicável ou de difícil aplicação. Com efeito, a exigibilidade concreta do cumprimento da regra jurídica depende da clara definição do titular do dever jurídico que ela estatui".

Neste tópico, propõe o relator atribuir ao Ministério Público e não à Defensoria Pública o controle judiciário das internações compulsórias.

O substitutivo aprimora também o projeto ao incluir, entre os membros das comissões de Reforma Psiquiátrica, representantes dos prestadores de serviços privados — que detêm cerca de 75% dos leitos psiquiátricos do País —, reconhecendo-lhes direito inegável de participarem da Reforma Psiquiátrica como atores políticos legítimos.

O voto em separado do Senador Lucídio Portella representa profunda discordância em relação ao projeto.

Diferentemente do Senador Bisol que reconhece "incomum mérito humano, social e moral do projeto, cujos fins precisam ser preservados", o Senador Lucídio Portella apóia manifestação do Presidente da Associação



Mundial de Psiquiatria de que "este projeto de lei contraria os princípios técnicos e científicos que norteiam a prática psiquiátrica observados no mundo", questiona o insuficiente número de leitos psiquiátricos disponíveis no País, com base em suposta recomendação da Organização Mundial da Saúde, e conclui pela apresentação de um substitutivo que concorra para — segundo suas próprias palavras — "conceder as necessárias garantias para que o psiquiatra, a psiquiatra, os profissionais de saúde e os doentes mentais tenham assegurado o acesso a todas as alternativas para o tratamento das doenças mentais".

Em seu substitutivo, o Senador Lucídio Portella descaracteriza a reforma psiquiátrica proposta pelo Projeto do Deputado Paulo Delgado, dispondo sobre os "estabelecimentos de tratamento de doenças mentais" — entre os quais relaciona o hospital psiquiátrico —, define cada um deles, estabelece seus deveres assistenciais e classifica a internação psiquiátrica em voluntária ou involuntária, atribuindo ao médico que realizar internação psiquiátrica involuntária a obrigação de comunicá-la ao Ministério Público no prazo de três dias.

Segundo o substitutivo, a hospitalização involuntária poderá ser objeto de ação judicial, ação esta privativa do Ministério Público.

Concede também prazo de 180 dias ao Poder Executivo para definir "a política de saúde mental e estabelecer diretrizes e normas para a assistência psiquiátrica".

A proposta do Senador Lucídio Portella deixa de lado as principais questões trazidas pelo projeto, impedindo a realização da reforma psiquiátrica pelo seu caráter anódino.

O voto em separado do Senador Beni Veras justifica seu pedido de vista em razão de "alguns pontos que se me afiguram obscuros no brilhante relatório do nobre senador Bisol", faz uma extensa análise do substitutivo apresentado pelo relator, criticando-o pela mudança substancial que faz no "caráter do projeto" que "o distancia do projeto original" e conclui pela apresentação de três emendas "de aperfeiçoamento de algumas disposições do projeto original".

Tais emendas — nas palavras do Senador Beni Veras — visam a:



"- estabelecer critério quantitativo para a substituição gradual dos leitos, de modo a impedir o risco — conquanto improvável — de desospitalização brusca e estabelecer garantias para a rede conveniada;

- ampliar para 48 horas o prazo de comunicação à autoridade judiciária (sem menção à Defensoria Pública como interveniente), estendendo tal comunicação à Comissão de Ética Médica do estabelecimento;

- incluir no Conselho (estadual ou municipal) de Reforma Psiquiátrica os prestadores de serviços privados, ampliando tais órgãos para o âmbito municipal, como recomenda o substitutivo Bisol."

2. Voto

Poucas matérias despertaram tanto interesse e participação como o Projeto Paulo Delgado, especialmente depois que ele chegou ao Senado Federal, no início de 1991.

Em 5 de maio daquele ano, por iniciativa do Senador Almir Gabriel, na qualidade de Presidente desta Comissão de Assuntos Sociais, realizou-se aqui debate que reuniu defensores e opositores do projeto.

Em memorável sessão desta Comissão, que durou mais de 12 horas ininterruptas, debateram-no exaustivamente parlamentares, cientistas, acadêmicos, técnicos do Ministério da Saúde, prestadores de serviços, membros de organizações não-governamentais de familiares e amigos de pacientes, pacientes e ex-pacientes, trabalhadores de saúde.

Como muito bem relatou o Senador Beni Veras em seu voto, "não se ouviu ali nenhum argumento que defendesse o atual modelo assistencial: pelo contrário, mesmo os opositores do projeto admitiram a ineficácia do tratamento oferecido à população e as péssimas condições dos estabelecimentos psiquiátricos brasileiros. Mais que curar, a psiquiatria brasileira cronifica, adoece, isola e estigmatiza seus pacientes".

Desde então o projeto foi amplamente debatido em variados foros neste país, tendo o Congresso Nacional recebido um grande número de manifestações, moções, cartas, estudos e cópias de publicações provenientes de instituições, pessoas e organizações favoráveis e contrárias à aprovação do projeto.



Este é, sem dúvida, um dos projetos de lei que mais intenso debate tem produzido não só no âmbito do Congresso como da própria sociedade brasileira.

O Projeto de Lei da Câmara nº 8/91 constitui, hoje, proposta de instrumento importante para reorganização da assistência psiquiátrica no país em razão do papel disciplinador que exercerá sobre as leis estaduais que já se estão promulgando e — na qualidade de regra permanente — como prevenção de rupturas do processo e de seu retrocesso.

As emendas oferecidas pelo Senador José Fogaça e pelo substitutivo Lucídio Portella não serão acatadas, da mesma forma que não acataremos o princípio expresso no parecer do Senador Bisol: os hospitais psiquiátricos ou manicômios são instrumentos superados técnica e ideologicamente, constituindo-se de recursos caros e ineficientes.

A sua manutenção significa a manutenção de um modelo assistencial concentrador de recursos em uma única forma de atenção, em detrimento — em verdade, impossibilitando — o desenvolvimento de outro modelo descentralizado, com formas alternativas, mais eficazes, mais humanas, mais respeitadoras dos direitos civis e humanos do paciente e mais baratas.

Não há como "deixar para a História, para a gestação dos fatos" esta decisão: o que se pretende é mais que uma mera redistribuição de recursos assistenciais; o que se pretende é uma verdadeira mudança cultural.

Não foi pela falta de tentativas de transformá-lo que o hospital psiquiátrico deixou de ter estas feições que tem hoje. Discordamos do Senador Bisol quando pretende que "os próprios doutores da Psiquiatria e da Psicologia, da Enfermagem especializada e da Assistência Social" conseguirão, de dentro dos manicômios, "desenvolver uma transformação tal da atenção aos doentes mentais que o futuro possa nos oferecer uma das alternativas em discussão: ou a dissolução do hospital psiquiátrico, por inconveniente, ou a inversão de sua institucionalização e de sua lógica atitudinal". Até hoje estas experiências falharam ou foram limitadas.

O Projeto não contradiz, como alegam algumas das cartas e moções chegadas à Comissão de Assuntos Sociais e a esta Relatoria, os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da



Assistência à Saúde Mental", aprovados em 17 de dezembro de 1991 pela Assembléia Geral das Nações Unidas.

O Projeto propõe-se a ser um instrumento de reforma sanitária e, principalmente, de limitação do número de leitos em hospitais psiquiátricos no nível atual, impedindo seu crescimento e o consumo de vultosos recursos públicos e privados que melhor seriam aplicados no desenvolvimento da rede de alternativas assistenciais e comunitárias preconizadas.

Só deixando de pagar internações teremos recursos para investir no desenvolvimento dessa rede.

Não concordamos, no entanto, com emenda oferecida pelo Senador Beni Veras (emenda 2, de seu voto em separado), a qual estabelece um critério quantitativo para a desativação dos leitos existentes nas unidades federadas. Segundo a emenda, os sistemas estaduais de saúde só poderiam desativar, no máximo, dez por cento dos leitos psiquiátricos existentes, ao ano, como forma de "impedir a desospitalização brusca e estabelecer garantias para a rede conveniada".

Não concordamos com este critério uma vez que existem importantes discrepâncias regionais quanto à disponibilidade tanto de leitos psiquiátricos como de alternativas assistenciais. Assim, desativar dez por cento dos leitos psiquiátricos por ano pode ser uma iniciativa tímida de implementar a reforma psiquiátrica na Região Sudeste; no entanto representará, certamente, colapso para o atendimento na Região Amazônica onde a disponibilidade de leitos psiquiátricos é muito baixa e a rede de alternativas ambulatoriais é muito pequena.

Em contrapartida vemos como essencial para o bom andamento da reforma pretendida que os recursos economizados pelas internações não realizadas não sejam desviados para outra área que não a da assistência psiquiátrica, como forma de garantir condições materiais para a criação e o aperfeiçoamento de alternativas assistenciais. Por esta razão acrescentamos um parágrafo 4º ao artigo 2º, pelo qual se dispõe que, pelos próximos cinco anos após a publicação desta Lei, o Poder Público não poderá dispender menos recursos na construção da rede de serviços alternativos de que gastava com assistência psiquiátrica no ano de publicação da Lei.



Acataremos, no entanto, os aperfeiçoamentos representados pelas demais emendas do Senador Beni Veras, presentes também no substitutivo Bisol, quais sejam:

- estender para as secretarias municipais de saúde a responsabilidade de coordenarem, no seu âmbito, a reforma pretendida, coerentemente com a diretriz de municipalização da política nacional de saúde e

- incluir, nos conselhos de reforma psiquiátrica, representação dos prestadores de serviços privados.

Concordando com a preocupação de um número significativo de pessoas — familiares e amigos de doentes mentais, psiquiatras e organizações — que fizeram chegar a esta Casa, à Comissão de Assuntos Sociais e a esta Relatoria suas opiniões e apreensões sobre os possíveis reflexos de uma desinstitucionalização brusca sobre os doentes com grave dependência institucional, em razão do seu quadro clínico ou ausência de suporte sócio-familiar, estamos acrescentando, no texto de uma das emendas que oferecemos, dispositivo que garanta que esses doentes serão objeto de políticas e programas de ressocialização, sob responsabilidade da autoridade sanitária municipal.

Concordando com os Senadores Paulo Bisol e Lucídio Portela, cremos que o melhor é definir, como destinatário do dever jurídico de zelar pela legalidade das internações involuntárias e pelos direitos do cidadão internado, o Ministério Público, "instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa (...) dos interesses sociais e individuais indisponíveis", nos termos da Constituição (art. 27, *caput*).

Como já se discutiu anteriormente, não tem a Defensoria Pública autoridade judiciária. Ao mesmo tempo, cometer à autoridade judiciária local, isto é, aos juízes, competência para, em caráter revisional, zelar pela legalidade das internações compulsórias e pela fiscalização dos serviços psiquiátricos seria inviabilizar, na prática, que tal ocorresse.

Acatamos também a emenda do Senador Lourival Baptista, aumentando para 72 horas o prazo para o Ministério Público emitir parecer sobre a legalidade da internação. Concordamos com o ilustre Senador em que 24 horas é prazo "tecnicamente exíguo para uma avaliação eficaz", razão pela qual também acatamos emenda do Senador Beni Veras de ampliar para 48 horas o prazo de notificação da internação compulsória ao Ministério Público.



Estes aspectos, no entanto, a nosso ver, deverão receber especial atenção, uma vez que não se trata simplesmente de atribuir a responsabilidade de uma tarefa, mas envolvem questões de direitos humanos e liberdades, ademais de dizerem respeito a competências dos juízes e disposições da Lei Orgânica da Magistratura, a atribuições do Ministério Público e à própria estrutura do Poder Judiciário. Por outro lado, ultrapassam nossa competência pessoal e desta Comissão de Assuntos Sociais.

Em vista disto e dos comentários feitos anteriormente em nosso relatório, é nossa opinião que o Projeto deva receber parecer da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania que, com muito mais propriedade, poderá manifestar-se sobre seus aspectos jurídicos.

Creemos, ainda, necessárias algumas pequenas mudanças na redação dos artigos 2º e 3º para corrigir equívocos e dar-lhes melhor clareza.

São desta natureza a substituição das expressões: "as administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais)" por "o Poder Público" ou "os órgãos de gestão nacional, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde"; "planificação" por "planejamento"; "recursos" (referindo-se a serviços) por "serviços"; "tempo" por "prazo" — ademais de estabelecer sua contagem a partir da data de *publicação* da Lei, ao invés da data de sua *aprovação*, uma vez que a Lei entra em vigor (art. 4º) na data de sua *publicação* — e, por fim, mas não menos importante, substituímos "emitir parecer" e "proceder auditoria" (o Ministério Público) (art. 3º, §§ 2º e 3º, respectivamente) por "se manifestar" e "proceder avaliação", uma vez que não compete ao Ministério Público nem emitir pareceres nem fazer auditorias.

Preocupados com que não haja fuga dos capitais privados da construção da nova rede de serviços assistenciais e do desenvolvimento das novas tecnologias pretendidas e em garantia à rede conveniada, cremos ser justo oferecer, a esses investidores, a vantagem da prioridade na contratação ou nos financiamentos para a transformação dos serviços atuais em serviços alternativos.

Por fim, acreditamos que a Reforma Psiquiátrica pretendida e sua base legal devam ser objeto de avaliação e aperfeiçoamento e que o prazo de cinco anos é suficiente para que isto se dê.

Por estas razões, oferecemos, também, emenda a respeito.



Em razão do exposto, somos de parecer FAVORÁVEL à aprovação do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991, com as seguintes emendas, e pelo pedido de audiência à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania:

EMENDA Nº 1 - CAS

Dê-se a seguinte redação à emenda:

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

EMENDA Nº 2 - CAS

Dê-se a seguinte redação ao artigo 2º:

Art. 2º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário para a instalação e funcionamento de serviços não-manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva substituição dos leitos de característica manicomial.

§ 1º Os órgãos de gestão nacional, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde disporão do prazo de um ano, contado da data da publicação desta Lei, para apresentarem ao Poder Legislativo, em seu nível, planejamento e cronograma de implantação dos novos serviços.

§ 2º O Poder Público, no âmbito federal, estadual e municipal, coordenará o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação.

§ 3º O Poder Público constituirá, no prazo de um ano, contado da data de publicação desta Lei, conselhos de reforma psiquiátrica, dos quais façam parte representantes do Governo, dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, da Ordem dos Advogados do Brasil, dos prestadores de serviços privados e da comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos de desospitalização e aprova-los ao cabo de sua finalização.



§ 4º O Poder Público deverá prever, em seu orçamento anual, pelos cinco anos seguintes ao de publicação desta Lei, recursos suficientes para financiar o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais, em seus respectivos níveis de atuação, não podendo, de qualquer forma, reduzir, neste período, em valores monetários corrigidos, o dispendido com assistência psiquiátrica no ano de publicação desta Lei.

§ 5º Os pacientes há longo tempo hospitalizados ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou da ausência de suporte social, serão objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária municipal, e permanecerão, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontrem internados.

EMENDA Nº 3 - CAS

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

"Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de quarenta e oito horas, ao Ministério Público.

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

§ 2º Compete ao Ministério Público ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e se manifestar, no prazo de setenta e duas horas, contado da comunicação da internação, sobre a legalidade da internação.

§ 3º O Ministério Público procederá avaliação periódica nos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro e zelar pelos direitos do cidadão internado."

Handwritten signature

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
Re Nº 08 de 19 76
Fls. 106



EMENDA Nº 4 - CAS

Acrescentem-se os seguintes artigos 4º e 5º, renumerando-se os demais:

"Art. 4º Terão prioridade na contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de serviços de saúde mental não-manicomial, os prestadores desses serviços que procederem à substituição dos seus atuais leitos manicomial por leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou em hospitais-dia e hospitais-noite ou por centros de atenção, centros de convivência, pensões e outros serviços normalizados pelo Poder Executivo, ressalvado o disposto nos artigos 20 a 26 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 5º O Congresso Nacional realizará a revisão desta Lei após cinco anos, contados da data de sua publicação."

Sala das Comissões, 23/NOVEMBRO/1995.

Lúcio Alcântara

DECLARAÇÃO DE VOTO

(do Senador GILVAM BORGES)

Do Senador **GILVAM BORGES**, na Comissão de Assuntos Sociais, sobre o Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991 (PL n. 3.657, de 1989, na Casa de Origem), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

RELATÓRIO E VOTO:

Trata-se de projeto de lei, oriundo da Câmara dos Deputados, que proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento de novos leitos nesse tipo de entidade hospitalar.

A proposição estabelece que as administrações regionais de saúde promoverão a instalação e o funcionamento de entidades não-manicomiais de atendimento, tais como unidades psiquiátricas em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência e pensões. Tais medidas visam a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

Nos termos do art. 3º, a internação psiquiátrica compulsória, declarada por médico, deverá ser comunicada em até 24 horas à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública.

O presente projeto é rico em controvérsias. Após dois anos de discussão na Câmara dos Deputados, em 1991, o Senado iniciou sua apreciação. Em 4 de dezembro daquele ano, o então Relator, o ilustre Senador José Paulo Bisol, apresentou extenso parecer, reconhecendo a necessidade de uma profunda reforma no sistema médico-psiquiátrico e apresentando substitutivo.

Mesmo contando com voto do então Relator e dos Senadores Beni Veras e Lucídio Portela, o projeto não chegou a ser votado no âmbito desta Comissão, o que ressalta o caráter altamente controvertido do projeto.

Na atual legislatura, a relatoria foi confiada ao ilustre Senador Lúcio Alcântara que apresentou circunstanciado parecer, que, em breves linhas, aprova o projeto, com emendas e recomenda a oitiva da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania.

Citado pelo Relator, o Senador Beni Veras, ao se referir à reunião desta Comissão em que foi debatida a proposição com autoridades, entidades, e familiares de pacientes psiquiátricos, enfatizou que "não se ouviu ali nenhum argumento que defendesse o atual modelo assistencial".

Concordamos com esta assertiva do Senador Beni Veras. O sistema de assistência ao paciente acometido de distúrbios psiquiátricos necessita, com a máxima urgência, de profundas modificações.

Nessas modificações, contudo, não vislumbramos a simples extinção ou, como propõe o ilustre Relator, a "substituição progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais". Discordamos, portanto, de qualquer proposta que vise a extinguir ou a proibir a construção de novas unidades manicomiais.

Nossa convicção foi se consolidando no sentido de que não se pode conceber qualquer tipo de sistema psiquiátrico que exclua, por princípio, a existência de instituições que visem ao atendimento dos casos mais graves - hoje sob o encargo dos chamados manicômios.

Entendemos que alguns pacientes, atualmente internados em hospitais manicomiais, poderiam ser transferidos para outra espécie de estabelecimento. Esta situação, no entanto, não deve ser creditada à existência dos manicômios e sim ao escasseamento dos recursos e de uma política em prol da valorização dos profissionais que realizam o acompanhamento do doente mental.

Se aplicada, por hipótese, a mesma regra da extinção progressiva dos manicômios aos estabelecimentos penitenciários de segurança máxima, chegar-se-ia a seguinte solução: como os estabelecimentos penitenciários encontram-se superlotados, bastaria extinguí-los e transferir os criminosos mais perigosos para locais onde cumprem penas os autores de crimes de menor gravidade, para que a solução do problema. Lógico que esta solução é impensável.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria, em sua edição de abril de 1995, traz elucidativo artigo, assinado pelos Drs. Carol Sonenreich e Luis de M. Altenfelder Silva Filho, sob o título "Desospitalização", que acompanha este voto. Após, historiar a experiência de vários países sobre a desativação dos leitos hospitalares destinados aos pacientes mentais e de transcrever a posição, contrária a tal desativação, de diversos e renomados especialistas, os autores defendem categoricamente, a existência e a manutenção dos hospitais psiquiátricos nos termos seguintes:

"A unidade de Psiquiatria no Hospital-Geral pode exercer todas as funções necessárias para um caso que impõe hospitalização. Mas por causa de suas limitações estão longe de responder a todas as nossas necessidades. A experiência adquirida nestes quase 30 anos nos permite afirmar que, sem encaminhamentos para hospitais psiquiátricos ou da rede de saúde ou de convênios, nossa atividade seria incompleta, impossível. Aprendemos não sonhar mais com unidades em hospitais gerais, sem hospitais psiquiátricos específicos. Nem a literatura internacional, nem nossa experiência nos permitem duvidar: a existência do hospital psiquiátrico se impõe. Precisamos continuar trabalhando para tornar estas instituições dignas de sua missão, e convencer a comunidade e as autoridades não tolerar as instituições incorrigivelmente ruins. É usar e apoiar as boas." (in, Jornal Brasileiro de Psiquiatria, abril de 1995, vol. 44, nº 4, p. 166 - SEM GRIFOS NO ORIGINAL)

Vale ainda ressaltar, que, na opinião dos familiares de doentes mentais, que são os que vivenciam mais de perto o drama dessas pessoas, o presente Projeto não merece ser aprovado. O Sr. Zedyr Macedo, Presidente da Associação dos Familiares de Doentes Mentais, por exemplo, declara, sem meias palavras, que o projeto acabará com o único tipo de assistência organizada para o doente mental (Jornal O Globo, Jornal da Família, em 10 de setembro de 1995).

Nossa posição, assim, está alicerçada nos seguintes termos: somos favoráveis à adoção de políticas voltadas à melhoria dos serviços médico-psiquiátricos, baseadas numa maior destinação de recursos para essa área, na humanização do tratamento e na valorização do profissional de saúde. Não concordamos, no entanto, com a tese, defendida na proposição que ora se aprecia, da extinção progressiva dos manicômios, pois entendemos que esta instituição é o único tipo de nosocômio capaz de suportar o tratamento dos casos mais graves de psicopatologias.

Em face de todo o exposto, votamos pela rejeição do Projeto de Lei da Câmara nº 8 de 1991.

Sala da Comissão, em ⁹³ de NOVENBRO de 1995.

Senador **GILVAM BORGES**



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador LÚCIO ALCÂNTARA

EMENDA Nº 2 /96

Ao PLC nº 8, de 1991, que "*dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios*".

Dê-se a seguinte redação à ementa:

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

Sala da Secretaria Geral da Mesa, em 22 de fevereiro de 1996

Senador Lúcio Alcântara





SENADO FEDERAL

Emenda nº 3 de 1996.

Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº3.657/89, na Casa de origem), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regula a internação psiquiátrica compulsória.

Inclua-se no artigo 2º:

§ 4º A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um décimo (1/10) do total de leitos existentes no estado, ao ano.

Sala de Sessões , 1996.

Sen. José Eduardo Dutra.



JUSTIFICAÇÃO

A emenda procura explicitar melhor a idéia de que o projeto deve ter a perspectiva de um aperfeiçoamento, com fortes mudanças no sistema atual, e em nenhuma hipótese o desmantelamento geral deste sistema.

JED





EMENDA Nº 4 /96

Ao PLC nº 8, de 1991, que "*dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios*".

Dê-se a seguinte redação ao artigo 2º:

"Art. 2º O Poder Público estabelecerá o planejamento necessário para a instalação e funcionamento de serviços não-manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva substituição dos leitos de característica manicomial.

§ 1º Os órgãos de gestão nacional, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde disporão do prazo de um ano, contado da data da publicação desta Lei, para apresentarem ao Poder Legislativo, em seu nível, planejamento e cronograma de implantação dos novos serviços.

§ 2º O Poder Público, no âmbito federal, estadual e municipal, coordenará o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação.

§ 3º O Poder Público constituirá, no prazo de um ano, contado da data de publicação desta Lei, conselhos de reforma psiquiátrica, dos quais façam parte representantes do Governo, dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e familiares, da Ordem dos Advogados do Brasil, dos prestadores de serviços privados e da comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos de desospitalização e aprova-los ao cabo de sua finalização.

§ 4º O Poder Público deverá prever, em seu orçamento anual, pelos cinco anos seguintes ao de publicação desta Lei, recursos suficientes para financiar o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial, em seus respectivos níveis de atuação, não podendo, de qualquer forma, reduzir, neste período, em valores monetários corrigidos, o dispendido com assistência psiquiátrica no ano de publicação desta Lei.

§ 5º Os pacientes há longo tempo hospitalizados ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou da ausência de suporte social, serão objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária municipal, e permanecerão, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontrem internados".

Sala da Secretaria Geral da Mesa, em 22 de fevereiro de 1996



Lúcio Alcântara
Senador Lúcio Alcântara



SENADO FEDERAL

Emenda nº 5 de 1996.

Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº3.657/89, na Casa de origem), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

Dê-se a seguinte redação aos parágrafos 2º e 3º do artigo 2º:

§ 2º É da competência das Secretarias Estaduais e Municipais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomiais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde no nível federal.

§ 3º As Secretarias Estaduais e Municipais constituirão, no prazo de um (01) ano, em seu âmbito, conselho de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a Ordem dos Advogados, os prestadores de serviços privados, e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Sala de Sessões , 1996.

Sen. José Eduardo Dutra.



JUSTIFICAÇÃO

A presente emenda aponta para uma melhor organização na operacionalização do sistema, quanto à divisão de competências por instâncias administrativas.





Emenda nº 6 de 1996.

Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº3.657/89, na Casa de origem), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regula a internação psiquiátrica compulsória.

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

Art. 3º A internação psiquiátrica involuntária deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, à autoridade Judiciária local, e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

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

§ 2º Compete à autoridade Judiciária ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente, e emitir parecer em 48 (quarenta e oito) horas, sobre a legalidade da internação.

§ 3º A autoridade Judiciária procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal, e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Sala de Sessões

1996.

Sen. José Eduardo Dutra.



JUSTIFICAÇÃO

A emenda que apresentamos tem como principal objetivo garantir a retidão do procedimento (no caso, a internação involuntária), com total respeito aos direitos individuais do paciente.



SENADO FEDERAL
Subsecretaria de Ata

PLC 08/9/ FL. 119





SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador LÚCIO ALCÂNTARA

EMENDA Nº 7 /96

Ao PLC nº 8, de 1991, que "*dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios*".

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3º:

"Art. 3º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de quarenta e oito horas, ao Ministério Público.

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

§ 2º Compete ao Ministério Público ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e se manifestar, no prazo de setenta e duas horas, contado da comunicação da internação, sobre a legalidade da internação.

§ 3º O Ministério Público procederá avaliação periódica nos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro e zelar pelos direitos do cidadão internado."

Sala da Secretaria Geral da Mesa, em 22 de fevereiro de 1996


Senador Lúcio Alcântara





SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador LÚCIO ALCÂNTARA

EMENDA Nº 8 /96

Ao PLC nº 8, de 1991, que "*dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios*".

Acrescentem-se os seguintes artigos 4º e 5º, renumerando-se os demais:

"**Art. 4º** Terão prioridade na contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de serviços de saúde mental não-manicomial, os prestadores desses serviços que procederem à substituição dos seus atuais leitos manicomiais por leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou em hospitais-dia e hospitais-noite ou por centros de atenção, centros de convivência, pensões e outros serviços normalizados pelo Poder Executivo, ressalvado o disposto nos artigos 20 a 26 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 5º O Congresso Nacional realizará a revisão desta Lei após cinco anos, contados da data de sua publicação."

Sala da Secretaria Geral da Mesa, em 22 de fevereiro de 1996

Senador Lúcio Alcântara



Encerrou-se ontem o prazo para apresentação de emendas às seguintes matérias:

- Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657/89, na Casa de origem), que *dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória*;

- Projeto de Lei da Câmara nº 96, de 1992 (nº 79/91, na Casa de origem), de iniciativa do Presidente da República, que *modifica o valor da pensão especial de que trata o art. 1º da Lei nº 7.099, de 13 de junho de 1983, e dá outras providências*;

- Projeto de Lei da Câmara nº 58, de 1993 (nº 963/91, na Casa de origem), que *dispõe sobre o reconhecimento das Provas de Rodeios e da profissão de Peão de Rodeios*;

- Projeto de Lei da Câmara nº 96, de 1994 (nº 3.643/93, na Casa de origem), que *altera a Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial, institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT, e dá outras providências*;

- Projeto de Lei da Câmara nº 41, de 1995 - Complementar (nº 123/89-Complementar, na Casa de origem), que *disciplina a elaboração, redação, alteração e consolidação das leis, nos termos do parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal* (tramitando em conjunto com os Projetos de Lei do Senado nºs 123 e 149, de 1995-Complementares);

- Projeto de Lei da Câmara nº 6, de 1996 (nº 1.178/95, na Casa de origem), de iniciativa do Presidente da República, que *autoriza a União a delegar* aos



· municípios, estados da Federação e ao Distrito Federal a administração e exploração de rodovias e portos federais;

- Projeto de Lei da Câmara nº 9, de 1996 (nº 726/95, na Casa de origem), de iniciativa do Presidente da República, que altera dispositivos do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal - Parte Geral;

- Projeto de Resolução nº 10, de 1996, que concede à República Federativa do Brasil autorização para a concessão de garantia à Companhia Catarinense de Águas e Saneamento - CASAN, referente à contratação de operação de crédito externo junto ao Kreditanstalt für Wiederaufbau - KfW, no valor de até dez milhões de marcos alemães, destinada a financiar, parcialmente, o Projeto de Recuperação de Sistemas de Abastecimento de Água no Estado de Santa Catarina; e ao Estado de Santa Catarina autorização para a concessão de contragarantia à União referente à mesma operação;

- Projeto de Lei do Senado nº 5, de 1992, de autoria do Senador Francisco Rollemberg, que estabelece normas para o aproveitamento econômico dos manguezais e dá outras providências, em conformidade com o estabelecido no art. 225, § 4º, da Constituição Federal, na Lei nº 7.661/88, que institui o Gerenciamento Costeiro e na Lei nº 6.938/81, que estabelece a Política nacional do Meio Ambiente;

- Projeto de Lei do Senado nº 195, de 1995, de autoria do Senador José Eduardo Dutra, que concede anistia de multas cominadas pelo Tribunal Superior do Trabalho a entidades sindicais em virtude de sentença judicial; e

- Projeto de Lei do Senado nº 196, de 1995, de autoria do Senador José Eduardo Dutra, que concede anistia a dirigentes ou representantes sindicais e



trabalhadores punidos por participação em movimento reivindicatório;

Os Projetos de Lei da Câmara nºs 8, de 1991, e 6, de 1996, receberam 7 e 2 emendas. Portanto, voltam às Comissões de Assuntos Sociais e de Constituição, Justiça e Cidadania, respectivamente.

As demais matérias não receberam emendas e serão incluídas em Ordem do Dia, oportunamente.





SENADO FEDERAL

Inclua-se em Ordem do dia,
após a manifestação do Presidente da Comissão de Assuntos Sociais, nos termos do parágrafo único do art. 255 do Regimento Interno.

Em 21.1.97

REQUERIMENTO Nº 64, DE 1997
(Do Sr. Roberto Freire)

Senhor Presidente,

Requeiro, nos termos do artigo 172, I, do Regimento Interno, a inclusão na Ordem do Dia do PLC nº 008/91, de autoria do Deputado Paulo Delgado ^{anexo} que ^{anexo} sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

Sala das Sessões, em 21 de janeiro de 1997.

Senador ROBERTO FREIRE

SENADO FEDERAL	
Subsecretaria de Ata	
PLC 08/91	FL. 125

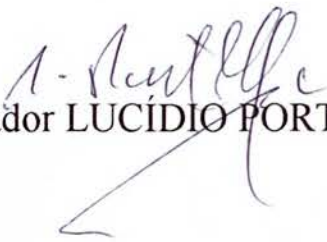
Inclua-se em Ordem do Dia, após
manifestação do Presidente da
CAS, nos termos do parágr.
único do art. 255 do RISF.
Em 01/04/97

REQUERIMENTO Nº 224, DE 1997

Senhor Presidente,

Nos termos do art. 172, inciso I, do Regimento Interno, requeiro a inclusão em Ordem do Dia do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657/89, na Casa de origem), que *dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória*, cujo prazo na Comissão de Assuntos Sociais já se encontra esgotado.

Sala das Sessões, em 1º de abril 1997.


Senador LUCÍDIO PORTELLA



ANDREA GOES BAKAJ REZEND
BAKAJ

SEARCH - QUERY
00003 PLC A 00008 1991

PLC000081991 DOCUMENT=

1 OF

1

IDENTIFICAÇÃO

NUMERO NA ORIGEM : PL. 03657 1989 PROJETO DE LEI (CD)
ORGÃO DE ORIGEM : CAMARA DOS DEPUTADOS 12 09 1989
SENADO : PLC 00008 1991
CAMARA : PL. 03657 1989

AUTOR
EMENTA

DEPUTADO : PAULO DELGADO PT MG
DISPÕE SOBRE A EXTINÇÃO PROGRESSIVA DOS MANICOMIOS E SUA
SUBSTITUIÇÃO POR OUTROS RECURSOS ASSISTENCIAIS E REGULAMENTA A
INTERNAÇÃO PSQUIATRICA COMPULSORIA.

INDEXAÇÃO

PROIBIÇÃO, CONSTRUÇÃO, HOSPITAL, ESTABELECIMENTO PSQUIATRICO,
SETOR PUBLICO, CONTRATAÇÃO, FINANCIAMENTO, LEI HOSPITALAR,
ATENDIMENTO PSQUIATRICO, SUBSTITUIÇÃO, ATIVIDADE ASSISTENCIAL,
RESPEITO, DIREITOS HUMANOS, VALOR TERAPEUTICO, TRATAMENTO,
PACIENTE, DOENÇA MENTAL, ALIENAÇÃO MENTAL, ESQUIZOFRENIA,
DEFICIENTE MENTAL, EXCEPCIONAL, PSQUIATRIA.
CRIAÇÃO, CONSELHO ESTADUAL, REFORMULAÇÃO, ATENDIMENTO PSQUIATRICO,
ACOMPANHAMENTO, ELABORAÇÃO, APROVAÇÃO, PLANO REGIONAL, AREA,
PSQUIATRIA.
COMPETENCIA, MEDICO, NOTIFICAÇÃO, DEFENSORIA PUBLICA, INTERNAMENTO,
CARATER OBRIGATORIO, PRAZO, PROFERIMENTO, PARECER, AUDITORIA,
SEQUESTRO, ILEGALIDADE.

LEGISL-CITADA

DECRETO 024559 DE 1934

DESPACHO INICIAL

(SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)

ULTIMA AÇÃO

AGPAR AGUARDANDO PARECER

21 03 1997 (SF) SERVIÇO COMISSÕES PERMANENTES (SF) (SCP)
RETORNA A CAS, PARA EXAME DAS EMENDAS DE PLENARIO.

ENCAMINHADO A

: (SF) SERVIÇO COMISSÕES PERMANENTES (SF) (SCP) EM 21 03 1997

TRAMITAÇÃO

18 02 1991 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA.
18 02 1991 (SF) MESA DIRETORA
DESPACHO A CAS.
DCN2 19 02 PAG 0207.
04 04 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
AVOCADO PELO SEN ALMIR GABRIEL.
10 06 1994 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
RELATOR SEN JOSE PAULO BISOL.
28 06 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
JUNTADA EMENDAS 1 E 2 - CAS, DO SEN JOSE FOGAÇA.
15 08 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
ENCERRAMENTO PRAZO, TENDO SIDO APRESENTADA EMENDA 3 - CAS
DE AUTORIA DO SEN LOURIVAL BAPTISTA.
11 09 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDA PELO RELATOR, ESTANDO A MATERIA EM CONDIÇÕES DE
SER INCLUIDA NA PAUTA DE REUNIÃO DA COMISSÃO.
28 10 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
JUNTADA OF. 040, DO SEN JOSE PAULO BISOL, RELATOR DA

SENADO FEDERAL

Subsecretaria de Ata

PLC 8/94

FL 130

3/196
Mans faint

Lucidio
Portella

3.4

Ramiro
Amorim

MATERIA.

04 12 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
CONCEDIDA VISTA AOS SEN LUCIDIO PORTELLA E SEN BENI
VERAS.

10 12 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN LUCIDIO PORTELLA, COM VOTO EM SEPARADO
CONCLUINDO PELA APRESENTAÇÃO DE OUTRO SUBSTITUTIVO.

10 12 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN BENI VERAS, COM VOTO EM SEPARADO,
CONCLUINDO FAVORAVELMENTE AO PROJETO ORIGINAL COM AS
EMENDAS QUE APRESENTA.

14 03 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
REDISTRIBUIÇÃO AO SEN LUCIO ALCANTARA

26 09 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN LUCIO ALCANTARA, COM MINUTA DE
PARECER PELA APROVAÇÃO DO PROJETO NA FORMA DAS EMENDAS
QUE APRESENTA E PELA AUDIENCIA DA CCJ.

08 11 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
CONCEDIDA VISTA AO SEN LUCIDIO PORTELLA.

22 11 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN LUCIDIO PORTELLA, COM VOTO EM
SEPARADO PELA APROVAÇÃO DO PROJETO NA FORMA DO
SUBSTITUTIVO QUE APRESENTA.

23 11 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
A COMISSÃO REJEITA O RELATORIO DO SEN LUCIO ALCANTARA
E APROVA O VOTO EM SEPARADO DO SEN LUCIDIO PORTELLA,
PELA APROVAÇÃO DO PROJETO NA FORMA DO SUBSTITUTIVO
QUE APRESENTA; QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CAS.
FICOU PREJUDICADO O VOTO EM SEPARADO DO SEN GILVAM
BORGES QUE SE MANIFESTAVA PELA REJEIÇÃO DO PROJETO,
APRESENTADO POR ESCRITO NO MOMENTO DA REUNIÃO.

08 12 1995 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
AUTUADO PROCESSO ESPECIAL, NOS TERMOS DO ART. 263 DO
RISF, QUE PASSA A ACOMPANHAR ESTA MATERIA, DURANTE SUA
TRAMITAÇÃO.

12 12 1995 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA PARECER 896 - CAS, SENDO ABERTO O PRAZO DE 05
(CINCO) DIAS UTEIS PARA RECEBIMENTO DE EMENDAS, NOS
TERMOS DO ART. 235, II, 'D', DO REGIMENTO INTERNO.
DSF 13 12 PAG 5507.

23 02 1996 (SF) PLENARIO (PLEN)
COMUNICAÇÃO PRESIDENCIA TERMINO PRAZO, TENDO SIDO
APRESENTADAS 07 (SETE) EMENDAS: SEN LUCIO ALCANTARA 2, 4,
7 E 8-PLEN; JOSE EDUARDO DUTRA 3, 5 E 6-PLEN.

23 02 1996 (SF) MESA DIRETORA
DESPACHO A CAS, PARA EXAME DAS EMENDAS. (FLS. 112 A 124).
DSF 24 02 PAG 2140.

27 02 1996 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
RETIFICAÇÃO FEITA NO DSF 27 02 PAG 2390.
ENCAMINHADO AO GABINETE DO SEN LUCIDIO PORTELLA PARA
EXAME DAS EMENDAS DE PLENARIO.

09 08 1996 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN LUCIDIO PORTELLA COM MINUTA DE PARECER
CONCLUINDO PELA REJEIÇÃO DAS EMENDAS 2, 3, 6, 7 E 8, PELA
APROVAÇÃO DAS EMENDAS 4 E 5 E PELA APROVAÇÃO INTEGRAL DA
EMENDA 1 NA FORMA DA REDAÇÃO QUE APRESENTA.

20 01 1997 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
ENCAMINHADO AO SCP COM DESTINO A SSCLS ATENDENDO
REQUERIMENTO DE INCLUSÃO EM ORDEM DO DIA.

21 01 1997 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA RQ. 064, DE 1997, DO SEN ROBERTO FREIRE,
SOLICITANDO A INCLUSÃO DA MATERIA EM ORDEM DO DIA,
APOS A MANIFESTAÇÃO DO PRESIDENTE DA CAS, NOS TERMOS
DO PARAGRAFO UNICO DO ART. 255 DO REGIMENTO INTERNO.
DSF 22 01 PAG 2795.

21 01 1997 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)



22 01 1997 AGUARDANDO INCLUSÃO ORDEM DO DIA (RQ. 064, DE 1997).
 (SF) SECRETARIA GERAL DA MESA (SGM)
 ANEXADO OF. SF 070, DE 1996, AO PRESIDENTE DA COMISSÃO
 DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS, SOLICITANDO A MANIFESTAÇÃO
 SOBRE A PROVIDENCIA REQUERIDA NOS TERMOS DO ART. 255
 DO REGIMENTO INTERNO.

22 01 1997 (SF) SERVIÇO COMISSÕES PERMANENTES (SF) (SCP)
 ENCAMINHADO A CAS PARA MANIFESTAÇÃO DA PRESIDENCIA NOS
 TERMOS DO ART. 255 DO REGIMENTO INTERNO.

19 03 1997 (SF) SERVIÇO COMISSÕES PERMANENTES (SF) (SCP)
 ENCAMINHADO A SSCLS, PARA ATENDER SOLICITAÇÃO DE
 RETIRADA DE REQUERIMENTO.

20 03 1997 (SF) PLENARIO (PLEN)
 LEITURA E DEFERIMENTO DO RQ. 212, DO SEN ROBERTO FREIRE,
 SOLICITANDO A RETIRADA DO RQ. 064, DE 1997.

20 03 1997 (SF) MESA DIRETORA
 DESPACHO A CAS, PARA PROSSEGUIMENTO DO EXAME DAS EMENDAS.
 DSF 21 03 PAG 6189.

21 03 1997 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
 AO SCP, PARA PROSSEGUIMENTO DA TRAMITAÇÃO.

IO601* FIM DE DOCUMENTOS NA LISTA. TECLE ENTER OU OUTRO COMANDO.



Patricia Ferner

206 Aurora 2042

Combs Hil Machine

Fucked Female - Pa

Colo Mado Ex Cars

3 x 4

4-1 508 28

OF. SF/ 295 /97

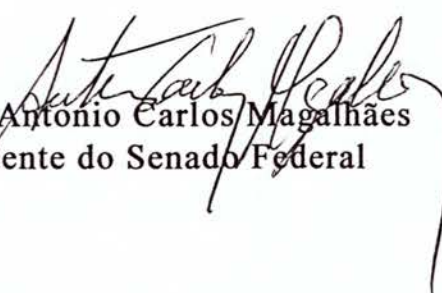
Em 01 de abril de 1997

Senhor Presidente,

Comunico a Vossa Excelência que foi apresentado o Requerimento nº 224, de 1997, através do qual o Senador Lucídio Portella solicita, nos termos do art. 172, I, do Regimento Interno, a inclusão em Ordem do Dia do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991.

Outrossim, tendo em vista o disposto no parágrafo único do art. 255 do Regimento Interno, solicito a manifestação dessa Presidência sobre a providência requerida.

Aproveito o ensejo para renovar a Vossa Excelência meus protestos de consideração e apreço.


Senador Antonio Carlos Magalhães
Presidente do Senado Federal

Exmº. Sr.
Senador Ademir Andrade
Presidente da Comissão de Assuntos Sociais
Senado Federal

SENADO FEDERAL

OF. SF/ 295 /97

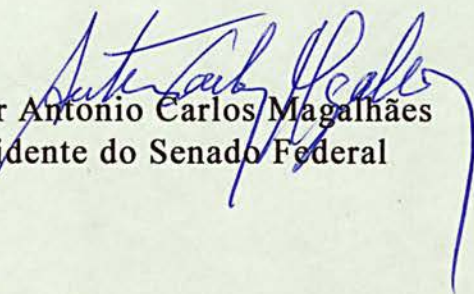
Em 01 de abril de 1997

Senhor Presidente,

Comunico a Vossa Excelência que foi apresentado o Requerimento nº 224, de 1997, através do qual o Senador Lucídio Portella solicita, nos termos do art. 172, I, do Regimento Interno, a inclusão em Ordem do Dia do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991.

Outrossim, tendo em vista o disposto no parágrafo único do art. 255 do Regimento Interno, solicito a manifestação dessa Presidência sobre a providência requerida.

Aproveito o ensejo para renovar a Vossa Excelência meus protestos de consideração e apreço.


Senador Antonio Carlos Magalhães
Presidente do Senado Federal

Exmº. Sr.
Senador Ademir Andrade
Presidente da Comissão de Assuntos Sociais
Senado Federal

CONGRESSO NACIONAL

MENSAGEM Nº 863, DE 1998-CN (nº 1.543/98, na origem)

Senhores Membros do Congresso Nacional,

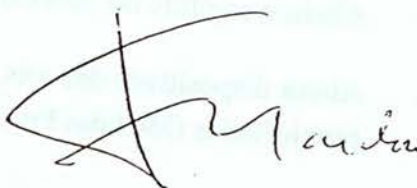
Com fundamento no art. 57, § 6º, inciso II, da Constituição Federal, convoco o Congresso Nacional para, no período de 4 a 29 de janeiro de 1999, em sessão legislativa extraordinária, deliberar sobre:

1 – Matérias de que tratam os arts. 49, inciso I (tratados, acordos ou atos internacionais), 51 (competência privativa da Câmara dos Deputados), 52 (competência privativa do Senado Federal), 62 (medidas provisórias) e 166 (matéria orçamentária) da Constituição Federal;

2 – Matérias sob o regime de urgência do § 1º do art. 64 da Constituição Federal, que estejam tramitando no Congresso Nacional ou que a ele sejam encaminhadas no período desta convocação extraordinária;

3 – As proposições relacionadas em anexo.

Brasília, 11 de dezembro de 1998.



Congresso Nacional

PLN 41/98 Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 1999 (Orçamento).

Senado Federal

PEC 34/98 Prorroga, alterando a alíquota, a cobrança da contribuição a que se refere o artigo 74 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (CPMF).

Reforma Político-Partidária Projetos e Propostas de Emenda a Constituição referentes a Reforma Político-Partidária - Matérias da Comissão Temporária Interna.

PLC 08/91 Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

PLC 61/97 Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental, e dá outras providências.

PLC 48/98 Dispõe sobre o ensino no Exército Brasileiro e dá outras providências.

PLC 52/98 Altera o Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941 (Desapropriação por Utilidade Pública) e as Leis nºs 6.015, de 31 de dezembro de 1973 (Registro Público) e 6.766, de 19 de dezembro de 1979 (Parcelamento do Solo Urbano).

PLC 53/98 Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

Câmara dos Deputados

PEC 81/95 Cria o Imposto sobre Distribuição de Combustíveis Líquidos e Gasosos, de competência da União e dá outras providências.

PEC 175/95 Altera o capítulo do Sistema Tributário Nacional.

PEC 472/97 Altera dispositivos dos arts. 48, 62 e 84 da Constituição Federal, e dá outras providências (Medidas Provisórias).

- PEC 500/97** Da nova redação ao parágrafo segundo do art. 102 da Constituição Federal (Efeito Vinculante).
- PEC 526/97** Acrescenta parágrafo único ao art. 98 e altera as alíneas “i” do inciso I do art. 102 e “c” do inciso I do art. 105 da Constituição (**Habeas Corpus**).
- PEC 626/98** Altera dispositivos da Constituição Federal, mediante a inclusão do cargo de Ministro de Estado da Defesa entre os privativos de brasileiros nato, a alteração da composição do Conselho de Defesa Nacional, a definição do juízo competente para processar e julgar os Comandantes da Marinha, do Exército e da Aeronáutica, e dá outras providências.
- PEC 627/98** Altera o inciso VII do artigo. 29 da Constituição Federal (Remuneração de Vereadores).
- PL 1.064/91** Regulamenta parte do § 4º do artigo 199 da Constituição da República Federativa do Brasil, relativamente a coleta, processamento e a transfusão de sangue e a seus derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável a execução adequada dessas atividades e dá outras providências.
- PL 2.960/97** Dispõe sobre o processo e julgamento da ação direta de inconstitucionalidade e da ação declaratória de constitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal.
- PL 3.125/97** Dispõe sobre o Sistema Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – SINMETRO, e dá outras providências.
- PL 3.651/97** Institui o Sistema Brasileiro de Inteligência, cria a Agência Brasileira de Inteligência – ABIN, e dá outras providências.
- PL 3.844/97** Dispõe sobre educação em direitos humanos e institui a política nacional de educação em direitos humanos para o ensino fundamental e médio.
- PL 3.938/97** Institui o Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações, e dá outras providências.
- PL 3.939/97** Institui o Fundo para o Desenvolvimento Tecnológico das Telecomunicações – FDTT.
- PL 4.071/98** Dispõe sobre a abrangência das sentenças prolatadas em ações de caráter coletivo e a execução contra a Fazenda Pública.
- PL 4.569/98** Dispõe sobre a reestruturação da Justiça Federal de Primeiro Grau nas cinco regiões, com a criação de Varas Federais e dá outras providências.

- PL 4.690/98 Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como organização da Sociedade Civil de caráter público, institui e disciplina o termo de parceria, e dá outras providências. (Terceiro Setor)
- PL 4.811/98 Disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional.
- PL 4.812/98 Dispõe sobre as normas gerais para perda de cargo público por excesso de despesa e dá outras providências.
- PL 4.862/98 Acrescenta parágrafo único ao art. 2º do Decreto-lei nº 227, de 28 de fevereiro de 1967, com a redação que lhe deu a Lei nº 9.314, de 14 de novembro de 1996 (Código de Mineração).
- PLP 149/97 Inclui serviço na lista de serviços anexa ao Decreto-Lei nº 406, de 31 de dezembro de 1968, e dá outras providências. (ISS-Pedágio)
- PLP 220/98 Dispõe sobre o sigilo das operações de instituições financeiras e dá outras providências.
- PLP 248/98 Disciplina a perda de cargo público por insuficiência de desempenho do servidor público estável, e dá outras providências.
- PLP 249/98 Disciplina os limites das despesas com pessoal, na forma do art. 169 da Constituição.
- PLP 250/98 Dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas.
- MSG 910/97 Texto da Convenção Internacional para a Proteção de Obtenções Vegetais, c 2 de dezembro de 1961, revista em Genebra, em 10 de novembro de 1972 e 23 de outubro de 1978 (UPOV).

REQUERIMENTO Nº 12, DE 1999

Aproad

Em 13.07.99

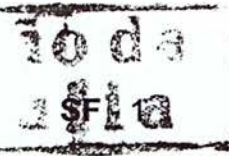
Nos termos do art. 349 do Regimento Interno com a redação dada pela Resolução nº 37, de 1995, do Senado Federal, requiero seja retirado da Ordem do Dia, pelo prazo de 4 dias úteis o Projeto

Substitutivo
do PLC 8/91 para retornar à pauta da 21.ª Sessão
99

para a seguinte diligência:

Sala das Sessões, em

SENADO FEDERAL
FL.
SUBSEC. DE ATA



O SR. PRESIDENTE (Antonio Carlos Magalhães) - Passa-se à

ORDEM DO DIA

Item 1:

1

**SUBSTITUTIVO DO SENADO AO
PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8, DE 1991**

**(Em regime de urgência, nos termos do Requerimento nº 2, de
1999 - art. 336, "c")**

Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657/89, na Casa de origem), que *dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória*, tendo

Parecer sob nº 691, de 1998, da Comissão Diretora, Relator: Senador Ronaldo Cunha Lima, oferecendo a redação do vencido para o turno suplementar.

(Para proferimento de parecer sobre as emendas oferecidas em turno suplementar).

Concedo a palavra ao nobre Senador Sebastião Rocha, Relator da matéria na Comissão de Assuntos Sociais, para dar parecer sobre as Emendas de Plenário.

SENADO FEDERAL
Secretaria Geral da Mesa
Subsecretaria de Coordenação Legislativa SF

PLC N.º 8 / 91
Fls. 213



O SR. SEBASTIÃO ROCHA (Bloco/PDT-AP. Para emitir parecer. Sem revisão do orador.) - Sr. Presidente, Sr^{as}. e Srs. Senadores, o Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991, de autoria do Sr. Deputado Paulo Delgado, foi aprovado naquela Casa e encaminhado ao Senado em 15 de fevereiro de 1991. Tramitou na Comissão de Assuntos Sociais e, no dia 15 de dezembro último, foi aprovado um Substitutivo de autoria deste Relator, fruto de um entendimento entre as duas correntes que têm interesses diretos nesse assunto, com o apoio e a participação direta também do Ministério da Saúde.

Naquela oportunidade, foram apresentadas dez emendas, que passo a analisar a seguir. A Emenda nº 1, do Senador José Eduardo Dutra, propõe a alteração no **caput** do art. 1º, nos seguintes termos:

“Que os direitos e a aprovação das pessoas acometidas de transtornos psíquicos 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 grau de gravidade ou tempo de evolução e seu transtorno ou qualquer outra”.

O parecer é favorável à emenda, pois o entendimento é de que aperfeiçoa o texto, melhorando sua interpretação e garantindo mais objetividade ao artigo.

A Emenda nº 2, do Senador José Eduardo Dutra, propõe uma nova redação ao **caput** do art. 2º do Substitutivo aprovado, ficando a redação nos seguintes termos:

“Nos entendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo”.

O parecer deste Relator é pela aprovação parcial da emenda, tendo em vista que o termo correto é “atendimento”, do verbo “atender”, mas o nobre Relator decidiu acatar a inclusão da expressão “e seus familiares ou responsáveis”, pois, no entendimento do nobre Relator, melhora também o texto, garantindo mais eficácia aos objetivos do artigo.



Emenda nº 3, do Senador José Eduardo Dutra, propõe suprimir ao **caput** do art. 3º do substitutivo ao Projeto, a expressão “qualquer”, ficando com a seguinte redação: “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, com ações de promoção da saúde e assistência aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde, aos portadores de transtornos psíquicos.

O parecer é também pela aprovação parcial do projeto e o Relator propõe que o texto fique da seguinte forma: “...assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos”. Então, o Relator acatou a supressão do termo “qualquer” e modificou a redação da expressão já proposta pelo senador José Eduardo Dutra.

Emenda nº 4:, da Senadora Emília Fernandes, que propõe alteração no **caput** do art. 3º, a recuperação do § 1º do texto original do Substitutivo Lucídio Portella.

O parecer do Relator é também pela aprovação parcial, atendendo à emenda no que diz respeito à alteração do **caput** e rejeitando a inclusão do parágrafo por considerar que é desnecessário, já que o texto aprovado é abrangente e eficaz no entendimento do Relator.

Emenda nº 5, da Senadora Emília Fernandes, propõe uma nova redação para o art. 4º do Substitutivo aprovado.

O parecer é contrário, porque o entendimento do Relator é que o texto aprovado é mais adequado e mais claro que o proposto pela nobre Senadora, autora da referida emenda.

A emenda nº 6, de autoria do Senador José Eduardo Dutra, propõe acrescentar no **caput** do art. 4º do Substitutivo a expressão “substitutiva” após a frase “...onde não exista estrutura assistencial...”.

SENADO FEDERAL
Secretaria-Geral da Mesa
Subsecretaria de Coordenação Legislativa Sf

P.H.C. N.º 8 / 91

Fls 215



O parecer é contrário, pois, do ponto de vista deste Relator, o modelo hospitalar e substitutivo podem conviver; portanto, é desnecessária a inclusão da expressão "substitutiva".

Emenda nº.7, também do Senador José Eduardo Dutra, propõe acrescentar um parágrafo único ao art. 4º do Substitutivo, com os seguintes termos:

"Parágrafo único. Os procedimentos a serem adotados para a avaliação da rede de serviços em saúde mental, inclusive os parâmetros assistenciais, para o cumprimento do disposto no **caput** deste artigo, serão objeto de regulamentação do Ministério da Saúde, a ser expedida no prazo de sessenta dias após a promulgação desta lei".

O parecer é pela aprovação parcial, já que entende o Relator que a regulamentação deve ser feita pelo Poder Executivo e não uma atribuição direta ao Ministério da Saúde, que é um órgão suscetível de modificação na sua denominação. Então, o parecer do Relator é pela aprovação parcial, exceto a expressão "Ministério da Saúde", que substituímos por "Poder Executivo".

Emenda nº 8, do Senador José Eduardo Dutra:

"Suprima-se do § 4º do art. 5º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 8/91 a seguinte expressão: "...e do Ministério Público **ex-officio**, ou quando provocado, devendo permanecer, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições." E suprimir também seus incisos, I, II, III, IV e V.

O parecer também é pela aprovação parcial. O entendimento do Relator é de que a supressão da expressão proposta, a partir da expressão Ministério Público, pode ser de fato realizada, pode ser retirada do referido parágrafo para que se elimine a exigência do Ministério Público no processo de alta hospitalar, procedimento de natureza eminentemente médica, a quem cabe também a responsabilidade pelas conseqüências dela, da alta. E concordamos ainda com a supressão dos incisos II e III, por considerarmos que são de natureza



essencialmente subjetiva, o que dificultaria, na prática, a interpretação correta desses dispositivos.

A Emenda nº 9, também do Senador José Eduardo Dutra, propõe uma nova redação ao art. 5º do Substitutivo, propondo uma nova redação tanto ao § 2º quanto a supressão do § 3º e a manutenção do § 4º, nos seguintes termos:

“§ 3º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência de suporte social será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente”.

O parecer é pela aprovação parcial na forma já acatada no contexto da Emenda nº 8, que altera o texto do § 4º do art. 5º.

E a Emenda nº 10, também do Senador José Eduardo Dutra, que propõe que substitua-se no art. 9º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 8 a expressão “a procedeu” para “o determinou”.

O parecer é contrário a essa Emenda, e, com o objetivo de aperfeiçoar o texto do art. 9º, o Relator propõe uma emenda de Relator no sentido de substituir a expressão “pelo médico” pela expressão “pelo estabelecimento que fez a internação”.

Assim, Sr. Presidente, Sr^{as} e Srs. Senadores, para concluir este parecer ao Projeto de Lei da Câmara, baseado no § 6º do art. 133 do Regimento Interno, manifestamo-nos favoravelmente à emenda nº 1, contrário às emendas de nºs 5, 6 e 10, e pela aprovação parcial das emendas nºs 2, 3, 4, 7, 8 e 9, nos termos das subemendas que constam deste parecer.

É o relatório.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Antonio Carlos Magalhães) - O parecer é favorável, com as observações feitas pelo Relator.

A matéria constará de pauta da sessão deliberativa de amanhã.

SENADO FEDERAL
Secretaria-Geral da Mesa
Subsecretaria de Coordenação Legislativa SF

PLC N.º 8 / 91

Fls 217

PARECER Nº 27, DE 1999

De Plenário, em substituição à COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre as emendas de Plenário oferecidas em turno suplementar ao Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657/89, na Casa de origem), que *dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.*

RELATOR: Senador SEBASTIÃO ROCHA

O SR. PRESIDENTE (Antonio Carlos Magalhães) -

Concedo a palavra ao nobre Senador Sebastião Rocha, Relator da matéria na Comissão de Assuntos Sociais, para dar parecer sobre as Emendas de Plenário.



O SR. SEBASTIÃO ROCHA (Bloco/PDT-AP. Para emitir parecer. Sem revisão do orador.) - Sr. Presidente, Sr^{as}. e Srs. Senadores, o Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991, de autoria do Sr. Deputado Paulo Delgado, foi aprovado naquela Casa e encaminhado ao Senado em 15 de fevereiro de 1991. Tramitou na Comissão de Assuntos Sociais e, no dia 15 de dezembro último, foi aprovado um Substitutivo de autoria deste Relator, fruto de um entendimento entre as duas correntes que têm interesses diretos nesse assunto, com o apoio e a participação direta também do Ministério da Saúde.

Naquela oportunidade, foram apresentadas dez emendas, que passo a analisar a seguir. A Emenda nº 1, do Senador José Eduardo Dutra, propõe a alteração no **caput** do art. 1º, nos seguintes termos:

“Que os direitos e a aprovação das pessoas acometidas de transtornos psíquicos 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 grau de gravidade ou tempo de evolução e seu transtorno ou qualquer outra”.

O parecer é favorável à emenda, pois o entendimento é de que aperfeiçoa o texto, melhorando sua interpretação e garantindo mais objetividade ao artigo.

A Emenda nº 2, do Senador José Eduardo Dutra, propõe uma nova redação ao **caput** do art. 2º do Substitutivo aprovado, ficando a redação nos seguintes termos:

“Nos entendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo”.

O parecer deste Relator é pela aprovação parcial da emenda, tendo em vista que o termo correto é “atendimento”, do verbo “atender”, mas o nobre Relator decidiu acatar a inclusão da expressão “e seus familiares ou responsáveis”, pois, no entendimento do nobre Relator, melhora também o texto, garantindo mais eficácia aos objetivos do artigo.



Emenda nº 3, do Senador José Eduardo Dutra, propõe suprimir ao **caput** do art. 3º do substitutivo ao Projeto, a expressão “qualquer”, ficando com a seguinte redação: “É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, com ações de promoção da saúde e assistência aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde, aos portadores de transtornos psíquicos.

O parecer é também pela aprovação parcial do projeto e o Relator propõe que o texto fique da seguinte forma: “...assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos”. Então, o Relator acatou a supressão do termo “qualquer” e modificou a redação da expressão já proposta pelo senador José Eduardo Dutra.

Emenda nº 4:, da Senadora Emília Fernandes, que propõe alteração no **caput** do art. 3º, a recuperação do § 1º do texto original do Substitutivo Lucídio Portella.

O parecer do Relator é também pela aprovação parcial, atendendo à emenda no que diz respeito à alteração do **caput** e rejeitando a inclusão do parágrafo por considerar que é desnecessário, já que o texto aprovado é abrangente e eficaz no entendimento do Relator.

Emenda nº 5, da Senadora Emília Fernandes, propõe uma nova redação para o art. 4º do Substitutivo aprovado.

O parecer é contrário, porque o entendimento do Relator é que o texto aprovado é mais adequado e mais claro que o proposto pela nobre Senadora, autora da referida emenda.

A emenda nº 6, de autoria do Senador José Eduardo Dutra, propõe acrescentar no **caput** do art. 4º do Substitutivo a expressão “substitutiva” após a frase “...onde não exista estrutura assistencial...”.

220



O parecer é contrário, pois, do ponto de vista deste Relator, o modelo hospitalar e substitutivo podem conviver; portanto, é desnecessária a inclusão da expressão "substitutiva".

Emenda nº.7, também do Senador José Eduardo Dutra, propõe acrescentar um parágrafo único ao art. 4º do Substitutivo, com os seguintes termos:

"Parágrafo único. Os procedimentos a serem adotados para a avaliação da rede de serviços em saúde mental, inclusive os parâmetros assistenciais, para o cumprimento do disposto no **caput** deste artigo, serão objeto de regulamentação do Ministério da Saúde, a ser expedida no prazo de sessenta dias após a promulgação desta lei".

O parecer é pela aprovação parcial, já que entende o Relator que a regulamentação deve ser feita pelo Poder Executivo e não uma atribuição direta ao Ministério da Saúde, que é um órgão suscetível de modificação na sua denominação. Então, o parecer do Relator é pela aprovação parcial, exceto a expressão "Ministério da Saúde", que substituímos por "Poder Executivo".

Emenda nº 8, do Senador José Eduardo Dutra:

"Suprima-se do § 4º do art. 5º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 8/91 a seguinte expressão: "...e do Ministério Público **ex-officio**, ou quando provocado, devendo permanecer, enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições:" E suprimir também seus incisos, I, II, III, IV e V.

O parecer também é pela aprovação parcial. O entendimento do Relator é de que a supressão da expressão proposta, a partir da expressão Ministério Público, pode ser de fato realizada, pode ser retirada do referido parágrafo para que se elimine a exigência do Ministério Público no processo de alta hospitalar, procedimento de natureza eminentemente médica, a quem cabe também a responsabilidade pelas conseqüências dela, da alta. E concordamos ainda com a supressão dos incisos II e III, por considerarmos que são de natureza



essencialmente subjetiva, o que dificultaria, na prática, a interpretação correta desses dispositivos.

A Emenda nº 9, também do Senador José Eduardo Dutra, propõe uma nova redação ao art. 5º do Substitutivo, propondo uma nova redação tanto ao § 2º quanto a supressão do § 3º e a manutenção do § 4º, nos seguintes termos:

“§ 3º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência de suporte social será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente”.

O parecer é pela aprovação parcial na forma já acatada no contexto da Emenda nº 8, que altera o texto do § 4º do art. 5º.

E a Emenda nº 10, também do Senador José Eduardo Dutra, que propõe que substitua-se no art. 9º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 8 a expressão “a procedeu” para “o determinou”.

O parecer é contrário a essa Emenda, e, com o objetivo de aperfeiçoar o texto do art. 9º, o Relator propõe uma emenda de Relator no sentido de substituir a expressão “pelo médico” pela expressão “pelo estabelecimento que fez a internação”.

Assim, Sr. Presidente, Sr^{as} e Srs. Senadores, para concluir este parecer ao Projeto de Lei da Câmara, baseado no § 6º do art. 133 do Regimento Interno, manifestamo-nos favoravelmente à emenda nº 1, contrário às emendas de nºs 5, 6 e 10, e pela aprovação parcial das emendas nºs 2, 3, 4, 7, 8 e 9, nos termos das subemendas que constam deste parecer.

É o relatório.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

(É a seguinte a íntegra do parecer)
O SR. PRESIDENTE (Antonio Carlos Magalhães) - O parecer é favorável, com as observações feitas pelo Relator.

A matéria constará de pauta da sessão deliberativa de amanhã.



PARECER Nº 27, DE 1999

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre as emendas de Plenário oferecidas ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na origem), que *"dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória"*.

RELATOR: Senador SEBASTIÃO ROCHA

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, naquela Casa Legislativa), foi apresentado por seu autor, Deputado Paulo Delgado, em 12 de setembro de 1989. Após ser aprovado pelo Plenário da Câmara dos Deputados, por acordo de lideranças, foi remetido a exame do Senado Federal, em 15 de fevereiro de 1991.

Nesta Casa, foi distribuído à Comissão de Assuntos Sociais, onde, em 23 de novembro de 1995, após intensas discussões e após a realização de audiências públicas, aprovou-se um substitutivo ao projeto, de autoria do ilustre Senador Lucídio Portella, consubstanciado na Emenda nº1-CAS.

Foi então remetido à decisão do Plenário, onde recebeu sete emendas.

Novamente submetido à apreciação na Comissão de Assuntos Sociais, fui designado relator das mesmas, no qual gerou um novo texto apreciado nesta



casa em 15 de dezembro último passado, e naquela oportunidade outras 10 emendas foram apresentadas, as quais passo a analisar a seguir:

EMENDA Nº 1 - (Senador José Eduardo Dutra)

Dê-se ao caput do artigo 1º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 08/91 a seguinte redação:

“Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.”

O Relator é **FAVORÁVEL** a emenda, pois aperfeiçoa o texto melhorando sua interpretação e garantindo mais objetividade ao artigo.

EMENDA Nº 2 - (Senador José Eduardo Dutra)

Dê-se ao caput do artigo 2º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 08/91, a seguinte redação:

“Art. 2º Nos entendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.”

FAVORÁVEL PARCIALMENTE - Este relator ficou impedido de acatar integralmente a emenda em função de que o termo correto é atendimento, do verbo “atender”. Entendemos que a expressão “e seus familiares ou responsáveis” melhora o texto garantindo mais eficácia aos objetivos do artigo, nos termos da seguinte subemenda:



SUBEMENDA Nº 01

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.

EMENDA Nº 3 - (Senador José Eduardo Dutra)

Suprimir ao caput do artigo 3º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara a expressão “qualquer”, ficando com a seguinte redação:

“Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, com ações de promoção da saúde e assistência aos portadores de transtornos psíquicos com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.”

FAVORÁVEL PARCIALMENTE - Este Relator entende que a emenda proposta melhora o texto, embora tenha de ser acatada apenas parcialmente, na forma da seguinte subemenda:

SUBEMENDA Nº 02

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

EMENDA Nº 4 - (Senadora Emília Fernandes)

Dê-se ao artigo 3º, a seguinte redação:

“Artigo 3º É de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos



portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendido como qualquer instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

§ 1º - São os seguintes os estabelecimentos de saúde mental:

- a) ambulatório psiquiátrico;
- b) pronto-socorro psiquiátrico;
- c) emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral;
- d) enfermaria psiquiátrica no hospital geral;
- e) hospital psiquiátrico;
- f) hospital-dia;
- g) hospital-noite ou pensão protegida;
- h) centros de convivência;
- i) hospital judiciário de custódia e tratamento mental;
- j) outros estabelecimentos que venham a ser desenvolvidos e regulamentados pelo Poder Público.”

FAVORÁVEL PARCIALMENTE - O entendimento deste Relator é que a alteração proposta no caput melhora o entendimento do texto, tornando mais claras as responsabilidades do Estado com relação aos procedimentos em favor da saúde dos portadores dos transtornos psíquicos. A inclusão do parágrafo proposto é desnecessário na visão deste Relator que considera o texto aprovado abrangente e eficaz. Portanto somos pela aprovação parcial da emenda, nos termos da subemenda Nº 2.

EMENDA Nº 5 - (Senadora Emília Fernandes)

Dê-se ao artigo 4º, a seguinte redação:

“Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental



diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista ou esteja em fase de implementação nova estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.”

CONTRÁRIO - É nosso entendimento que o texto aprovado é mais adequado e mais claro que o proposto pela nobre Senadora autora da referida emenda.

EMENDA Nº 6 - (Senador José Eduardo Dutra)

Acrescente-se no caput do artigo 4º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 08/91, a expressão “substitutiva”, após a frase “...onde não exista estrutura assistencial...”

CONTRÁRIO - Nosso ponto de vista, é de que a estrutura assistencial a ser considerada adequada poderá resultar na co-existência na localidade dos modelos hospitalar e substitutivo.

EMENDA Nº 7 - (Senador José Eduardo Dutra)

Acrescenta-se um parágrafo único ao artigo 4º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 08/91, com a seguinte redação:

“Parágrafo único. Os procedimentos a serem adotados para a avaliação da rede de serviços em saúde mental, inclusive os parâmetros assistenciais, para o cumprimento do disposto no caput deste artigo, serão objeto de regulamentação do Ministério da Saúde, a ser expedida no prazo de 60 (sessenta) dias após a promulgação desta lei.”

FAVORÁVEL PARCIALMENTE - Estamos convencidos da necessidade de regulamentação deste artigo, e de que esta regulamentação ocorra no menor prazo possível. Por isso somos favoráveis à emenda, parcialmente, pois entendemos que do ponto de vista da técnica legislativa é mais correto atribuir a regulamentação ao Poder Executivo e não ao Ministério da Saúde, nos termos da seguinte subemenda:



SUBEMENDA Nº 03

Art. 4º

“Parágrafo único. Os procedimentos a serem adotados para a avaliação da rede de serviços em saúde mental, inclusive os parâmetros assistenciais, para o cumprimento do disposto no caput deste artigo, serão objeto de regulamentação pelo Poder Executivo, a ser expedida no prazo de 60 (sessenta) dias após a promulgação desta lei.”

EMENDA Nº 08 - (Senador José Eduardo Dutra)

Suprima-se do § 4º, do artigo 5º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 08/91 a seguinte expressão:”...e do Ministério Público, ex-offício, ou quando provocado, devendo permanecer enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições:” e seus incisos I, II, III, IV e V.

FAVORÁVEL PARCIALMENTE - Nosso entendimento é de que a supressão da expressão proposta, pode ser retirada do referido parágrafo para que se possa eliminar a exigência da presença do Ministério Público no processo de alta hospitalar, procedimento de natureza eminentemente médica, a quem cabe também a responsabilidade pelas conseqüências dela. Concordamos ainda com a supressão dos incisos II e III por considerarmos que são de natureza essencialmente subjetiva o que dificultaria na prática a interpretação correta destes dispositivos, na forma da seguinte subemenda:

SUBEMENDA Nº 04

Art. 5º

§ 4º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente, respeitadas as seguintes condições:


6
220



I - sua saída não lhe venha acarretar interrupção do tratamento necessário e agravamento dos sintomas.

II - sua saída obedeça à legislação vigente relacionada a cada caso.

III - sua reabilitação psicossocial seja assistida por equipe multi-profissional.

EMENDA Nº 09 - (Senador José Eduardo Dutra)

Dê-se ao artigo 5º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 08/91 a seguinte redação:

“Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º Fica vedada a internação de pacientes portadores de transtornos psíquicos em instituições com características asilares;

§ 3º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente.

FAVORÁVEL PARCIALMENTE, na forma já acatada no contexto da subemenda Nº 04 referente à Emenda nº 08, que altera o texto do § 4º do Art. 5º.

EMENDA Nº 10 - (Senador José Eduardo Dutra)

Substitua-se no artigo 9º do Substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara nº 08/91 a expressão “a procedeu”, para “o determinou”.

CONTRÁRIO - No entendimento do relator, a expressão “a procedeu” é mais adequada por ter um sentido mais exato quanto à decisão sobre a internação. Porém este relator, com o objetivo de melhor harmonizar o



texto do dispositivo em questão, propõe uma nova redação para o mesmo, a fim de que a comunicação ao Ministério Público seja em ato administrativo e não médico, na forma da seguinte Emenda de Relator:

nº 11
EMENDA DE RELATOR

Dê-se ao *caput* do artigo 9º a seguinte redação:

Art. 9º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido.

JUSTIFICAÇÃO

Esta emenda tem por escopo melhorar e harmonizar o texto do dispositivo em questão. Desta forma propõe uma nova redação para o artigo 9º, no qual a comunicação ao Ministério Público Estadual seja um ato administrativo e não médico.

III – VOTO

Assim, para concluir este parecer ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991, baseado no § 6º do Art. 133 do Regimento Interno, manifestamo-nos **FAVORAVELMENTE** à emenda de nº 1, **CONTÁRIO** às emendas de nº 5, 6 e 10, e **PARCIALMENTE FAVORÁVEL** às emendas de nº 2, 3, 4, 7, 8 e 9, nos termos das subemendas e emenda de relator constantes deste parecer.

Sala da sessão, *12.1.99*

5 emendas oferecidas em turno suplementar au

Senador SEBASTIÃO ROCHA



ADENDO AO PARECER EMITIDO AO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 08/91, APRESENTADO EM PLENÁRIO PELO RELATOR DAS EMENDAS DE PLENÁRIO EM TURNO SUPLEMENTAR, SENADOR SEBASTIÃO ROCHA, EM 12/01/99.

É consenso de que este projeto em exame, versa sobre assunto de profunda complexidade, o que tem dificultado sobremaneira a tramitação desta matéria no Senado Federal.

Este adendo ao parecer anteriormente apresentado é fruto do esforço conjunto, testemunhado por este relator, de todos os atores interessados no assunto, em especial o Deputado Paulo Delgado, autor do projeto, o Senador Lucídio Portela, relator da matéria na CAS, o Ministério da Saúde, o Movimento de Luta Antimanicomial, e a Federação Brasileira de Hospitais, estes últimos através de legítimos representantes que despojaram-se de posições, até determinado momento, intransigentes, para em favor de uma Lei equilibrada assentada não na unanimidade dos protagonistas mas sim no sentimento elevado quanto a necessidade do entendimento e no reconhecimento de que o texto resultante deste parecer representa a necessária fase de transição para que o Brasil conquiste no menor espaço de tempo um nível de tratamento mais adequado, e sobretudo mais humanitário para as pessoas portadores de transtornos psíquicos.

Registre-se, por ser indispensável, que o entendimento aqui mencionado refere-se a instância do Senado Federal, haja vista que divergências poderão ser objeto de reavaliação na Câmara dos Deputados, em especial no que tange ao artigo 4º e os parágrafos 2º e 3º do artigo 5º.

Este Relator congratula-se com todos os segmentos e parlamentares envolvidos nesta árdua tarefa de concluir a votação do projeto no Senado, reconhecendo que o texto final representa um grande avanço na busca do almejado modelo assistencial ideal que pretendemos para as pessoas portadoras de transtornos psíquicos no nosso país.

231



Face o exposto apresentamos, fruto do entendimento acima mencionado, as seguintes alterações no Parecer emitido em Plenário no dia 12/01/99:

EMENDA Nº 08 - (Senador José Eduardo Dutra)

Favorável parcialmente, propondo-se a transformação do § 4º do artigo 5º em artigo autônomo, com a seguinte redação, renumerando-se os demais artigos:

Art. nº - 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.

JUSTIFICAÇÃO

A modificação proposta resultou da compreensão de que este dispositivo trata de assunto não vinculado ao prescrito no Caput do Art. 5º, que trata especificamente do instituto de internação.

Optmos portanto em propor um artigo autônomo, ao qual foram incorporados os espíritos dos incisos I e III.

EMENDA Nº 07 - (Senador José Eduardo Dutra)

Parecer Contrário - Prevaleceu o entendimento de que a lei merecerá regulamentação em diversos dispositivos, por isso, essa especificação quanto ao art. 4º passa a ser dispensável.





EMENDA DE RELATOR

Modifica-se o Caput do Art. 9º para a seguinte redação:

Art. 9º A internação psiquiátrica involuntária, deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

JUSTIFICAÇÃO

Chegamos à conclusão de que, como a internação involuntária independe da vontade do paciente, a alta dela decorrente deve ser, da mesma forma comunicada ao Ministério Público Estadual, para salvaguardar aos direitos das pessoas internadas nestas circunstâncias.

EMENDA DE RELATOR

Modifique-se o texto da Alínea “i”, do parágrafo único do artigo 2º, para a seguinte redação:

Art. 2º.....

Parágrafo único.....

i) ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

233



JUSTIFICAÇÃO

Para melhor explicitar o caráter extra-hospitalar dos serviços de saúde mental, visando a adequação geral do espírito da Lei.

EMENDA DE RELATOR

Modifique-se o artigo 12º, que passa a ter a seguinte redação:

Art. 12º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos Conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

JUSTIFICAÇÃO

Esta emenda objetiva adequar o texto às peculiaridades da matéria em exame, que diz respeito a diversas áreas das ciências biológicas e humanas, tais como: medicina, psicologia, serviço social, etc..., o que fará com que em determinadas circunstâncias, os Conselhos respectivos devam ser ouvidos, bem como o Conselho Nacional de Saúde.

Sala da sessão,


Senador SEBASTIÃO ROCHA

ADENDO AO PARECER EMITIDO AO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 08/91, APRESENTADO EM PLENÁRIO PELO RELATOR DAS EMENDAS DE PLENÁRIO EM 2º TURNO, SENADOR SEBASTIÃO ROCHA, EM 12/01/99.

Suplementar
Roberto

É consenso de que este projeto em exame, versa sobre assunto de profunda complexidade, o que tem dificultado sobremaneira a tramitação desta matéria no Senado Federal.

Este adendo ao parecer anteriormente apresentado é fruto do esforço conjunto, testemunhado por este relator, de todos os atores interessados no assunto, em especial o Deputado Paulo Delgado, autor do projeto, o Senador Lucídio Portela, relator da matéria na CAS, o Ministério da Saúde, o movimento de luta antimanicomial, e a Federação Brasileira de Hospitais, estes últimos através de legítimos representantes que despojaram-se de posições, até determinado momento, intransigentes, para em favor de uma Lei equilibrada assentada não na unanimidade dos protagonistas mas sim no sentimento elevado quanto a necessidade do entendimento e no reconhecimento de que o texto resultante deste parecer representa a necessária fase de transição para que o Brasil conquiste no menor espaço de tempo um nível de tratamento mais adequado, e sobretudo mais humanitário para as pessoas portadores de transtornos psíquicos.

Registre-se, por ser indispensável, que o entendimento aqui mencionado refere-se a instância do Senado Federal, haja vista que divergências pontuais poderão ser objeto de reavaliação na Câmara dos Deputados, em especial no que tange ao artigo 4º e os parágrafos 2º e 3º do artigo 5º.

Este Relator congratula-se com todos os segmentos e parlamentares envolvidos nesta árdua tarefa de concluir a votação do projeto no Senado, reconhecendo que o texto final representa um grande avanço na busca do almejado modelo assistencial ideal que pretendemos para as pessoas portadoras de transtornos psíquicos no nosso país.



Roberto

Face o exposto apresentamos, fruto do entendimento acima mencionado, as seguintes alterações no Parecer emitido em Plenário no dia 12/01/99:

EMENDA Nº 08 - (Senador José Eduardo Dutra)

Favorável parcialmente, propondo-se a transformação do § 4º do artigo 5º em artigo autônomo, com a seguinte redação, renumerando-se os demais artigos:

Art. nº - 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.

JUSTIFICAÇÃO

A modificação proposta resultou da compreensão de que este dispositivo trata de assunto não vinculado ao prescrito no Caput do Art. 5º, que trata especificamente do instituto de internação.

Optmos portanto em propor um artigo autônomo, ao qual foram incorporados os espíritos dos incisos I e III.

EMENDA Nº 07 - (Senador José Eduardo Dutra)

Parecer Contrário - Prevaleceu o entendimento de que a lei merecerá regulamentação em diversos dispositivos, por isso, essa especificação quanto ao art. 4º passa a ser dispensável.



A handwritten signature in blue ink, slanted upwards to the right.

EMENDA DE RELATOR

Modifica-se o Caput do Art. 9º para a seguinte redação:

Art. 9º A internação psiquiátrica involuntária, deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

JUSTIFICAÇÃO

Chegamos à conclusão de que, como a internação involuntária independe da vontade do paciente, a alta dela decorrente deve ser, da mesma forma comunicada ao Ministério Público Estadual, para salvaguardar aos direitos das pessoas internadas nestas circunstâncias.

EMENDA DE RELATOR

Modifique-se o texto da Alínea “i”, do parágrafo único do artigo 2º, para a seguinte redação:

Art. 2º

Parágrafo único.....

i) ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

JUSTIFICAÇÃO



A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized name.

Para melhor explicitar os meios de tratamento na comunidade, haja visto que nem todos os serviços correspondem a estabelecimentos de saúde mental, como por exemplo o Hospital Dia e o Hospital Noite que podem funcionar sem constituírem obrigatoriamente estabelecimentos de saúde mental.

EMENDA DE RELATOR

Modifique-se o artigo 12º, que passa a ter a seguinte redação:

Art. 12º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos Conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

JUSTIFICAÇÃO

Esta emenda objetiva adequar o texto às peculiaridades da matéria em exame, que diz respeito a diversas áreas das ciências biológicas e humanas, tais como: medicina, psicologia, serviço social, etc..., o que fará com que em determinadas circunstâncias, os Conselhos respectivos devam ser ouvidos, bem como o Conselho Nacional de Saúde.

20/01/99

Sebastião
RELATOR





TEXTO CONSOLIDADO

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares, ou responsáveis, serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único - São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

- a) Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- b) Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- c) Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- d) Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- e) Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- f) Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- g) Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;



h) Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

i) Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

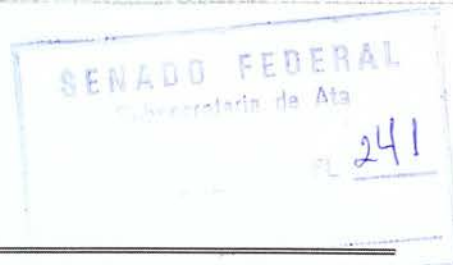
Art. 6º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.

Art. 7º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha



- a) Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- b) Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- c) Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

Art. 9º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10º A internação psiquiátrica involuntária deverá no prazo de 72 horas ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 1º O Ministério Público, ex-offício, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 11º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo Juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 12º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.



Senado Federal
Gabinete do Senador Sebastião Rocha

Art. 13º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos Conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atenção, criará Comissão Nacional para acompanhar a implementação desta lei.

Art. 15º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em


Senador SEBASTIÃO ROCHA



Aprovado pelos
A Comissão do
Em 21.01.99
delegado

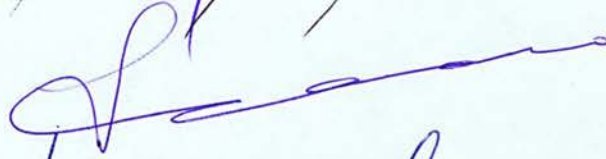
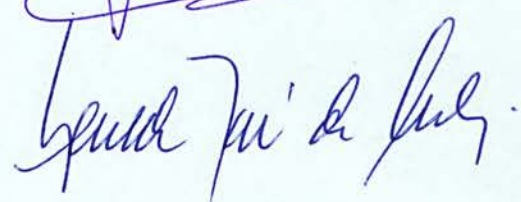
COMISSÃO DIRETORA

PARECER Nº 43, DE 1999

Redação final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na Casa de origem).

A **Comissão Diretora** apresenta a redação final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na Casa de origem), que *dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória*, consolidando as emendas e subemendas aprovadas no turno suplementar.

Sala de Reuniões da Comissão, em 21 de Janeiro de 1999.

, PRESIDENTE
, RELATOR





ANEXO AO PARECER Nº 43, DE 1999.

Redação final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657, de 1989, na Casa de origem).

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

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;

SENADO FEDERAL

Secretaria - Geral da Mesa

PLC Nº 8 / 91

115 244

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 6º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.

Art. 7º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

SENADO FEDERAL
Secretaria - Geral da Mesa
PLC N.º 8 / 91
Fls. 245

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

Art. 9º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 1º O Ministério Público, ex-officio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 11. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 12. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 13. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu

SENADO FEDERAL

Secretaria - Geral da Mesa

PLC N.º 8 / 91
Fl. 245

representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 15. Esta Lei entra em vigor da data de sua publicação.

SENADO FEDERAL
Secretaria - Geral da Mesa
PCC N.º 8 191
Fls. 247



SENADO FEDERAL

SUBSÍDIOS PARA APRECIÇÃO DO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8, DE 1991:

- 1) Pronunciamento do Senador Sebastião Rocha feito na Sessão de 20.01.99.
- 2) Adendo ao Parecer nº 027-PLEN, Relator: Senador Sebastião Rocha, proferido em Plenário, em substituição à CAS, sobre as emendas oferecidas ao Substitutivo do Senado ao PLC nº 8, de 1991.
- 3) Texto consolidado.

SENADO FEDERAL
Secretaria - Geral da Mesa
PLC N.º 8 / 91
Fls. 248

O SR. SEBASTIÃO ROCHA (Bloco/PDT-AP. Pronuncia o seguinte discurso. Sem revisão do orador) - Sr. Presidente, Sr^{as} e Srs. Senadores, nesta oportunidade anuncio que, depois de esforço conjunto de todas as Lideranças e segmentos envolvidos no debate e análise do Projeto de Lei da Câmara nº 8/91, que trata da reforma psiquiátrica, de autoria do Deputado Paulo Delgado, foi possível, na noite de ontem, em reunião que durou mais de seis horas e contou com a participação de representante do Ministério da Saúde, do próprio Deputado Paulo Delgado, dos representantes do Movimento de Luta Antimanicomial e da Federação Brasileira dos Hospitais, chegarmos a um entendimento que permite a votação da matéria no Senado Federal. Algumas pendências, algumas divergências que restam sobre o texto que elaboramos a partir desse entendimento vão ser discutidas e analisadas na Câmara dos Deputados quando do retorno desta matéria.

Então, em função do acordo, em função do entendimento estabelecido na tarde e na noite de ontem, estou apresentando um adendo ao parecer emitido ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991, que foi apresentado em plenário, em segundo turno, no dia 12 de janeiro de 1999.

Passo a ler o adendo para que fique registrado nos Anais da Casa e para que, publicado amanhã, possa servir de consulta aos Srs. Senadores. Amanhã, ao votarem a matéria, terão conhecimento pleno das mudanças que estamos oferecendo. Inclusive, estou apresentando à Mesa um texto consolidado, o qual, do ponto de vista regimental, não é necessário, é dispensável, mas servirá certamente para orientação dos Srs. e Sr^{as} Senadoras no momento de votarem a matéria na sessão de amanhã.

É consenso que este projeto em exame versa sobre assunto de profunda complexidade, que tem dificultado sobremaneira a tramitação desta matéria no Senado Federal.

Este adendo ao parecer anteriormente apresentado é fruto do esforço conjunto,

testemunhado por este Relator, de todos os autores interessados no assunto, em especial o Deputado Paulo Delgado, autor do projeto na Câmara, o Senador Lucídio Portella, relator da matéria na Comissão de Assuntos Sociais, o Ministério da Saúde, o Movimento de Luta Antimanicomial e a Federação Brasileira de Hospitais. Estes últimos, através de legítimos representantes que se despojaram de posições, até determinado momento, intransigentes, para, em favor de uma lei equilibrada, assentada não na unanimidade dos protagonistas, mas, sobretudo, no entendimento e no reconhecimento de que o texto resultante deste parecer representa a necessária fase de transição para que o Brasil conquiste, no menor espaço de tempo, um nível de tratamento mais adequado, mais humanitário para as pessoas portadoras de transtornos psíquicos.

Registre-se, por ser indispensável, que o entendimento aqui mencionado refere-se à instância do Senado Federal, haja vista que divergências pontuais poderão ser objeto de reavaliação na Câmara dos Deputados, em especial no que tange ao art. 4º e os §§ 2º e 3º do art. 5º do texto aprovado em primeiro turno no Senado Federal.

Este Relator congratula-se com todos os seguimentos e parlamentares envolvidos nesta árdua tarefa de concluir a votação do projeto no Senado, reconhecendo que o texto final representa

um grande avanço no almejado modelo assistencial ideal que buscamos para as pessoas portadoras de transtornos psíquicos no nosso País.

Fase ao exposto, apresentamos, fruto do entendimento acima mencionado, as seguintes alterações no Parecer emitido em Plenário no dia 12/01/99: mudamos o parecer com referência à Emenda nº 08 que continua sendo favorável parcialmente, porém propomos a transformação do § 4º do art. 5º em artigo autônomo, com a seguinte redação, renumerando-se os demais artigos - o artigo que deve ser numerado deverá receber o número 6 :- O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente do 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.

Qual foi a alteração? Esse texto integrava o art. 5º na condição de § 4º e possuía três incisos, onde se mencionava a presença do Ministério Público no processo de alta. Foi suprimida a referência ao Ministério Público, e os incisos que faziam parte do § 4º passaram a integrar um novo artigo que tem como base o § 4º. Foi consenso de todas as lideranças que o § 4º precisava ser uma artigo autônomo, em função de tratar de assuntos diferenciado ao do art. 5º ao qual estava ligado. O art. 5º versa sobre internação hospitalar; o § 4º trata de pacientes há longo tempo hospitalizados, ou seja, pacientes crônicos. Logicamente, é preciso que seja

estabelecida para esses pacientes uma política de alta assistida, planejada, para que possam ter continuidade de tratamento e garantia da reinserção na sociedade, como é desejo de todos.

Com relação à Emenda nº 7, do Senador José Eduardo Dutra, foi modificado o parecer inicial, ao qual tínhamos sido favoráveis. O parecer passa a ser contrário, porque prevaleceu o entendimento de que a lei merecerá regulamentação em vários dispositivos e, por isso, não haveria necessidade de especificar a regulamentação com relação ao art. 4º - A Emenda nº 7 dizia que o art. 4º deveria ser regulamentado no prazo de 60 dias. O art. 4º trata da questão da construção de novos hospitais e contratação de novos leitos pelo SUS em hospitais privados.

Modificamos também o **caput** do art. 9º que passa a ter a seguinte redação:

“A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.”

Foi entendimento de todos também que a comunicação ao Ministério Público se deveria dar tanto na internação quanto na alta, quando se tratasse, logicamente, da internação involuntária, aquela que independe da vontade do paciente.

Estamos apresentando também duas emendas de Relator: uma modifica o texto da alínea i do Parágrafo Único do art. 2º, que passa a ter a seguinte redação:

“Ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.”

O original falava em serviços da comunidade, dentro da própria comunidade. Propusemos uma nova redação, mais adequada, haja vista que os

serviços é que são comunitários e recebem a denominação de saúde mental. Levou-se em consideração que, na verdade, essa alínea falava de estabelecimentos de saúde mental dentro da comunidade. E há o entendimento de que o hospital-dia, por exemplo, e o hospital-noite podem funcionar sem obrigatoriamente constituírem estabelecimentos de saúde mental; podem ser apenas um serviço de saúde mental, razão pela qual se modificou alínea "i".

Estamos propondo a modificação do art. 12, que passa a ter a seguinte redação:

"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"

Aqui, o texto original fazia referência apenas à necessária comunicação ao Conselho Regional de Medicina. Foi consenso na reunião que outros conselhos estão envolvidos na análise, no acompanhamento e na avaliação dessas pessoas que eventualmente possam ser submetidas à pesquisas tanto da área de ciências biológicas quanto da área de ciências humanas - medicina, psicologia, serviço social, sociologia e uma série de outras áreas que acabam trabalhando diretamente com a pessoa portadora de transtorno psíquico.

Sr. Presidente, Srs. Senadores, esse trabalho, resultado desse esforço conjunto, nos convence de que o Senado, de fato, é uma Casa amadurecida e que busca à exaustão, o entendimento. Logicamente, aqui houve uma enorme colaboração da Mesa e dos Líderes do Senado, no sentido de que pudéssemos ter o tempo necessário, mesmo que limitado, mas o tempo possível para que tivéssemos condições de buscar o entendimento que foi consagrado na reunião de ontem a noite.

O Sr. Eduardo Suplicy (Bloco/PT-SP) - V. Exª me permite um aparte?

O SR. SEBASTIÃO ROCHA (Bloco/PDT-AP) - Com prazer, ouço V. Ex^a

O Sr. Eduardo Suplicy (Bloco/PT-SP) - Desejo cumprimentar V. Ex^a pelo empenho realizado, no sentido de chegar a um entendimento sobre matéria de extrema complexidade, mas de extraordinária importância, que surgiu a partir da iniciativa do Deputado Paulo Delgado, cujo projeto de lei tem por propósito modificar a maneira de se tratar, no Brasil, de doentes que, de alguma maneira, têm problemas mentais. O propósito do Deputado Paulo Delgado, na medida do possível, é fazer com que quaisquer pessoas que tenham distúrbios mentais possam permanecer com seus familiares, permanecer no ambiente mais propício para a sua mais rápida recuperação. Houve nesse trajeto a atenção daqueles médicos psiquiatras, dos proprietários de hospitais psiquiátricos que, de alguma maneira, tiveram receio de deixar de existir. O Deputado Paulo Delgado observou que, dentre as doenças para as quais são destinados recursos do Ministério da Saúde, por exemplo, ano passado, a segunda maior verba estava destinada ao tratamento de doenças que necessitavam de assistência psiquiátrica. Será que houve, de alguma maneira, algum interesse econômico para além daquilo que seria a decisão de bom-senso? Tenho a convicção de que V. Ex^a, inclusive por sua experiência como médico e pelo esforço que realizou, conseguiu justamente dialogar muito com todas as partes envolvidas. Observando as intenções do Deputado Paulo Delgado, mas também as ponderações dos médicos psiquiátricos, conseguiu finalmente, embora de maneira muito difícil, chegar a um bom termo. Ainda há poucos dias, assisti a uma reapresentação de entrevista no programa **Jô Soares Onze e Meia**, na qual o importante escritor Paulo Coelho relata a sua própria experiência em instituições psiquiátricas. O depoimento de pessoas que, como ele, tiveram a coragem de expor - inclusive neste seu último livro - toda a sua experiência e aquilo que, muitas vezes, acontece em instituições que visam curar pessoas que têm enfermidades, mas que são levadas a tratamento de choque e a outros tratamentos que, certamente, levaram pessoas a terem dificuldades para recuperar as suas próprias condições de viver saudavelmente. Inclusive, tive

oportunidade de conversar com o Paulo Coelho e cumprimentá-lo pela coragem com que expôs, nessa sua entrevista, seu testemunho que, certamente, é uma das inúmeras experiências de brasileiros que, obviamente, estão sendo consideradas no parecer que V. EX^a está agora finalmente apresentando. Cumprimento-o, portanto, pelo entendimento realizado e pelo esforço de V. EX^a.

O SR. SEBASTIÃO ROCHA (Bloco/PDT-AP) - Agradeço o aparte de V. EX^a, Senador Suplicy, que fez observações muito importantes a respeito do assunto.

O Sr. Lúcio Alcântara (PSDB-CE) - Permite-me, V. EX^a, um aparte?

O SR. SEBASTIÃO ROCHA (BLOCO/PDT-AP) - Concedo, com prazer, um aparte ao Senador Lúcio Alcântara.

O Sr. Lúcio Alcântara (PSDB-CE) - Sr. Presidente, serei muito rápido, mas não poderia deixar de juntar minha voz à dos outros companheiros, dos Colegas que se manifestaram aqui sobre esse projeto. Creio que esse projeto é daqueles que, contendo uma grande polêmica, mostrou a capacidade de entendimento do Senado; posições aparentemente antagônicas em assuntos essenciais foram superadas pelo desejo de se encontrar uma fórmula razoável. Esse problema da doença mental é um dos grandes desafios da medicina, mas sobretudo da assistência médica. Como tratar essas pessoas? Como contribuir para melhorar a sua vida e a vida dos seus familiares? Essa é uma questão que está posta na medicina moderna, na moderna assistência médico-sanitária. E creio que aqui se procurou justamente uma solução que, sendo conciliatória, não veio em detrimento da idéia, até porque esse projeto é daqueles que produziu resultado antes de se transformar em lei. O Ministério da Saúde vem fazendo exigências permanentes, vem investindo em serviços ambulatoriais com Estados e Municípios e nós estamos contribuindo aqui para o avanço dessa questão no Brasil. Lidei com essa matéria, mas, apesar do meu esforço ou talvez pela minha limitação pessoal, não consegui vencer as resistências que à época ainda eram muito fortes, de parte a parte. Porém, a evolução, o tempo e o trabalho de V. Ex^a, com a cooperação daqueles que aqui representavam pensamentos divergentes, terminaram por fazer

com que chegássemos hoje a uma decisão razoável, compatível com a moderna assistência ao doente mental, colocando-o, realmente, no centro do atendimento e não como uma peça, uma engrenagem do negócio da saúde. Familiares, doentes, enfim, a humanização da assistência médica ao doente mental, a sua recuperação e a sua integração na sociedade e na família são o mais importante. Trago, portanto, essas palavras de apoio e de estímulo ao trabalho desenvolvido por V. Ex^a.

O SR. SEBASTIÃO ROCHA (Bloco/PDT-AP) - Obrigado, Senador Lúcio Alcântara. Confesso que tive um pouco de sorte na elaboração e na condução desse trabalho. Como V. Ex^a mesmo colocou, a conjuntura foi bem mais favorável e pude obter, nessa fase em que passei a ser o Relator das emendas, uma definição clara do Ministério da Saúde, até mesmo daquilo que havia sido impossível de ser extraído antes que de o Ministro José Serra assumir o Ministério.

Quero ressaltar, Senador Lúcio Alcântara, a importância de V. Ex^a no contexto da tramitação deste projeto no Senado. V. Ex^a sempre participou com dedicação, com determinação, com afinco, sempre esteve muito preocupado não somente com a conclusão da votação desta matéria no Senado, mas para que o resultado dessa votação fosse o que todos nós almejamos - ou pelo menos próximo do ideal - no que concerne a assistência às pessoas portadoras de transtornos psíquicos. Quero considerar também a importante participação do Senador José Eduardo Dutra, que proporcionou, por intermédio de suas emendas - assim como as emendas de V. Ex e da Senadora Emília Fernandes - podermos nos debruçar e exaustivamente buscar o entendimento que conseguimos, como disse, com o desprendimento de todos os segmentos envolvidos neste processo.

Por último, ressaltar e louvar a iniciativa do Deputado Paulo Delgado, fazendo mais uma vez uma ratificação daquilo que já disse o Senador Lúcio Alcântara, "este projeto já está tendo eficácia antes mesmo que se torne lei". Portanto, não será uma letra morta, com certeza, dentro do conjunto de normas legais do País. Ressalto, ainda, a presença do Senador Lucídio Portela dentro do debate, fazendo contraponto necessário ao Projeto original do Sr. Deputado Paulo

Delgado e, sobretudo, Sr. Presidente, tranqüilizar a comunidade, tranqüilizar o meio científico, o meio médico, a imprensa em geral, os familiares, as pessoas que, vez por outra ou em caráter mais permanente, são portadores de transtornos psíquicos; tranqüilizar a sociedade em geral de que o Senado produziu um texto que permite uma convivência harmoniosa, uma convivência em que chamei, aqui, de um sistema híbrido entre o modelo hospitalar que, até então, predominava no nosso País e o modelo dos serviços substitutivos, comunitários, que, certamente, ainda precisam avançar muito e que, com certeza, tem, ainda, um caminho muito grande a percorrer.

Sr. Presidente, não tenho dúvidas de que, pelo meu conhecimento de Medicina e pelos estudos que fiz sobre esta matéria, o futuro do tratamento das pessoas portadoras de transtornos psíquicos está, exatamente, na consolidação deste modelo substitutivo aprimorado e cada vez mais disponível para a comunidade.

O Sr. José Eduardo Dutra (Bloco/PT-SE) - Permite V. Ex^a um aparte?

O SR. SEBASTIÃO ROCHA (Bloco/PDT-AP) - Pois não. Com o consentimento da Presidência, encerrando o meu pronunciamento, ouço o aparte do nobre Senador José Eduardo Dutra.

O Sr. José Eduardo Dutra (Bloco/PT-SE) - Nobre Senador Sebastião Rocha, de forma rápida, quero parabenizá-lo pelo trabalho, na condição de Relator de um Projeto tão importante e, ao mesmo tempo, tão complexo e tão polêmico, timoneiro que foi na condução desse processo, aqui, no Senado e que permitiu esse acordo e a aprovação de uma lei moderna. Este exemplo, no meu entendimento, apenas reforça aquela opinião que nós temos de que a qualidade do Senado ou do Congresso, de um modo geral, não pode ser medida como se fosse uma linha de montagem, pela quantidade de matérias que vota, mas, sim, pela qualidade. Oxalá esta Casa comporte-se dessa mesma forma com relação a outros projetos extremamente complexos, como esse que estamos

convocados a apreciar ao longo desses próximos quatro anos. Meus parabéns a V. Ex^a. Muito obrigado.

O SR. SEBASTIÃO ROCHA (Bloco/PDT-AP) - Concluo, Sr. Presidente, conclamando todos os Srs. Senadores para que possamos aprovar amanhã esse projeto, de grande importância para o nosso País.

Muito obrigado.

ADENDO AO PARECER EMITIDO AO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 08/91, APRESENTADO EM PLENÁRIO PELO RELATOR DAS EMENDAS DE PLENÁRIO EM TURNO SUPLEMENTAR, SENADOR SEBASTIÃO ROCHA, EM 12/01/99.

É consenso de que este projeto em exame, versa sobre assunto de profunda complexidade, o que tem dificultado sobremaneira a tramitação desta matéria no Senado Federal.

Este adendo ao parecer anteriormente apresentado é fruto do esforço conjunto, testemunhado por este relator, de todos os atores interessados no assunto, em especial o Deputado Paulo Delgado, autor do projeto, o Senador Lucídio Portela, relator da matéria na CAS, o Ministério da Saúde, o Movimento ^{NACIONAL} de Luta Antimanicomial, e a Federação Brasileira de Hospitais, estes últimos através de legítimos representantes que despojaram-se de posições, até determinado momento, intransigentes, para, em favor de uma Lei equilibrada assentada não na unanimidade dos protagonistas mas sim no sentimento elevado quanto a necessidade do entendimento e no reconhecimento de que o texto resultante deste parecer representa a necessária fase de transição para que o Brasil conquiste no menor espaço de tempo um nível de tratamento mais adequado, e sobretudo mais humanitário para as pessoas portadores de transtornos psíquicos.

Registre-se, por ser indispensável, que o entendimento aqui mencionado refere-se a instância do Senado Federal, haja vista que divergências poderão ser objeto de reavaliação na Câmara dos Deputados, em especial no que tange ao artigo 4º e os parágrafos 2º e 3º do artigo 5º.

Este Relator congratula-se com todos os segmentos e parlamentares envolvidos nesta árdua tarefa de concluir a votação do projeto no Senado, reconhecendo que o texto final representa um grande avanço na busca do almejado modelo assistencial ideal que pretendemos para as pessoas portadoras de transtornos psíquicos no nosso país.

Face o exposto apresentamos, fruto do entendimento acima mencionado, as seguintes alterações no Parecer emitido em Plenário no dia 12/01/99:

EMENDA Nº 08 - (Senador José Eduardo Dutra)

Favorável parcialmente, propõe-se a transformação do § 4º do artigo 5º em artigo autônomo, com a seguinte redação, renumerando-se os demais artigos:

Art. nº - 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.

JUSTIFICAÇÃO

A modificação proposta resultou da compreensão de que este dispositivo trata de assunto não vinculado ao prescrito no Caput do Art. 5º, que trata especificamente do instituto de internação.

Optamos portanto em propor um artigo autônomo, ao qual foram incorporados os espíritos dos incisos I e III.

EMENDA Nº 07 - (Senador José Eduardo Dutra)

Parecer Contrário - Prevaleceu o entendimento de que a lei merecerá regulamentação em diversos dispositivos, por isso, essa especificação quanto ao art. 4º passa a ser dispensável.

EMENDA DE RELATOR

Modifica-se o Caput do Art. 9º para a seguinte redação:

Art. 9º A internação psiquiátrica involuntária, deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

JUSTIFICAÇÃO

Chegamos à conclusão de que, como a internação involuntária independe da vontade do paciente, a alta dela decorrente deve ser, da mesma forma comunicada ao Ministério Público Estadual, para salvaguardar aos direitos das pessoas internadas nestas circunstâncias.

EMENDA DE RELATOR

Modifique-se o texto da Alínea "i", do parágrafo único do artigo 2º, para a seguinte redação:

Art. 2º.....

Parágrafo único.....

i) ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

JUSTIFICAÇÃO

Para melhor explicitar o caráter extra-hospitalar dos serviços de saúde mental, visando a adequação geral do espírito da Lei.

EMENDA DE RELATOR

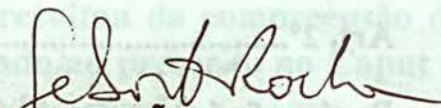
Modifique-se o artigo 12º, que passa a ter a seguinte redação:

Art. 12º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos Conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

JUSTIFICAÇÃO

Esta emenda objetiva adequar o texto às peculiaridades da matéria em exame, que diz respeito a diversas áreas das ciências biológicas e humanas, tais como: medicina, psicologia, serviço social, etc..., o que fará com que em determinadas circunstâncias, os Conselhos respectivos devam ser ouvidos, bem como o Conselho Nacional de Saúde.

Sala da sessão,


Senador SEBASTIÃO ROCHA

TEXTO CONSOLIDADO

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares, ou responsáveis, serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único - São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

- a) Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- b) Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- c) Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- d) Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- e) Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- f) Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- g) Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

- h) Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- i) Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituição ou unidade que ofereça assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 6º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.

Art. 7º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- a) Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- b) Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- c) Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

Art. 9º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10º A internação psiquiátrica involuntária deverá no prazo de 72 horas ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 1º O Ministério Público, ex-officio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 11º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo Juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

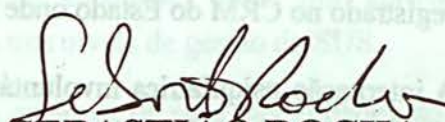
Art. 12º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 24 horas da data da ocorrência.

Art. 13º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos Conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atenção, criará Comissão Nacional para acompanhar a implementação desta lei.

Art. 15º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão, em


Senador SEBASTIÃO ROCHA

Revisado
25/01/99
fls 50
4639

P/REVISÃO

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que

SENADO FEDERAL

Secretaria - Geral da Mesa

PCC N.º 8 191

Fls. 249

Revisado
25/01/99
J. G. S. B.
4639

a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 6º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.

Art. 7º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

Art. 9º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do

SENADO FEDERAL

Secretaria - Geral da Mesa

PCC N.º 8 / 91

Fls. 250

estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 1º O Ministério Público, ex-officio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 11. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 12. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 13. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 15. Esta Lei entra em vigor ^{ma} da data de sua publicação.

Senado Federal, em de janeiro de 1999

Senador Antonio Carlos Magalhães
Presidente

ess/.

SENADO FEDERAL

Secretaria - Coral da Mesa

PLC N.º 8 / 91

Fls. 251/2

CÂMARA DOS DEPUTADOS

28 JAN 1992 003658

SECRETARIA DE LEGISLAÇÃO
PROTOCOLADO

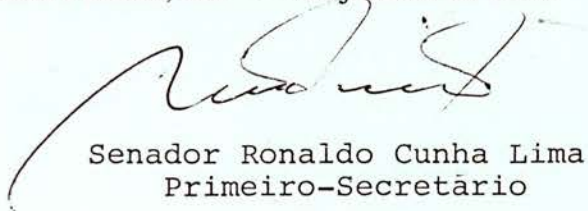
Ofício nº 80 (SF)

Senhor Primeiro-Secretário,

Comunico a Vossa Excelência que o Senado Federal aprovou, em revisão, nos termos do substitutivo em anexo, o Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (PL nº 3.657, de 1989, nessa Casa), que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, que ora encaminho, para apreciação dessa Casa.

Em anexo, restituo um dos autógrafos do projeto originário.

Senado Federal, em 28 de janeiro de 1999



Senador Ronaldo Cunha Lima
Primeiro-Secretário

A Sua Excelência o Senhor
Deputado Ubiratan Aguiar
Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados
ess/.

SENADO FEDERAL
Secretaria-Geral da Mesa
Subsecretaria do Expediente

PLC nº 8 91
Fls. 252

Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (PL nº 3.657, de 1989, na Casa de origem), que “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”.

Substitua-se o Projeto pelo seguinte:

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

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;

SENADO FEDERAL
Secretaria Geral da Mesa
Subsecretaria do Expediente
PLC N.º 8 91
Fls. 23

- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

Art. 4º O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral a pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 6º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento quando necessário.

SENADO FEDERAL
 Secre. - Geral da Mesa
 Subseção de Expediente
 P.C. N.º 8 91
 Fls. 254

Art. 7º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

Art. 9º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 1º O Ministério Público, ex-officio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 11. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 12. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 13. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

SENADO FEDERAL

Secretaria Geral da Mesa

Subsecretaria de Expediente

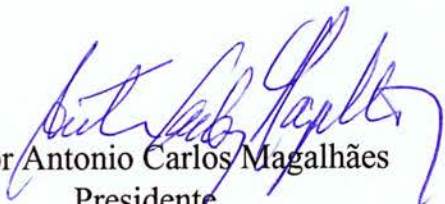
Proc. N.º 8. 91

Fls. 255

Art. 14. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 15. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Senado Federal, em 28 de janeiro de 1999


Senador Antonio Carlos Magalhães
Presidente

ess/.

SENADO FEDERAL
Secretaria Geral da Mesa
Subsecretaria do Expediente
RC N.º 8 91
Fls. 256



SINOPSE

IDENTIFICAÇÃO

NUMERO NA ORIGEM : PL. 03657 1989 PROJETO DE LEI (CD)
ORGÃO DE ORIGEM : CAMARA DOS DEPUTADOS 12 09 1989
SENADO : PLC 00008 1991
CAMARA : PL. 03657 1989

AUTOR DEPUTADO : PAULO DELGADO PT MG

EMENTA DISPÕE SOBRE A EXTINÇÃO PROGRESSIVA DOS MANICOMIOS E SUA
SUBSTITUIÇÃO POR OUTROS RECURSOS ASSISTENCIAIS E REGULAMENTA A
INTERNAÇÃO PSIQUIATRICA COMPULSORIA.

DESPACHO INICIAL

(SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)

ULTIMA AÇÃO

RMCD REMETIDO A CAMARA DOS DEPUTADOS
22 01 1999 (SF) SUBSECRETARIA DO EXPEDIENTE (SF)(SSEXP)
1105 RECEBIDO NESTE ORGÃO, EM 22 DE JANEIRO DE 1999.

ENCAMINHADO A

: (SF) SUBSECRETARIA DO EXPEDIENTE (SF)(SSEXP) EM 22 01 1999

TRAMITAÇÃO

- 18 02 1991 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA.
- 18 02 1991 (SF) MESA DIRETORA
DESPACHO A CAS.
DCN2 19 02 PAG 0207.
- 04 04 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
AVOCAÇÃO PELO SEN ALMIR GABRIEL.
- 10 06 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
RELATOR SEN JOSE PAULO BISOL.
- 28 06 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
JUNTADA EMENDAS 1 E 2 - CAS, DO SEN JOSE FOGAÇA.
- 15 08 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
ENCERRAMENTO PRAZO, TENDO SIDO APRESENTADA EMENDA 3 - CAS
DE AUTORIA DO SEN LOURIVAL BAPTISTA.
- 11 09 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDA PELO RELATOR, ESTANDO A MATERIA EM CONDIÇÕES DE
SER INCLUIDA NA PAUTA DE REUNIÃO DA COMISSÃO.
- 28 10 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
JUNTADA OF. 040, DO SEN JOSE PAULO BISOL, RELATOR DA
MATERIA.
- 04 12 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
CONCEDIDA VISTA AOS SEN LUCIDIO PORTELLA E SEN BENI
VERAS.
- 10 12 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN LUCIDIO PORTELLA, COM VOTO EM SEPARADO
CONCLUINDO PELA APRESENTAÇÃO DE OUTRO SUBSTITUTIVO.
- 10 12 1991 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN BENI VERAS, COM VOTO EM SEPARADO,
CONCLUINDO FAVORAVELMENTE AO PROJETO ORIGINAL COM AS
EMENDAS QUE APRESENTA.

SENADO FEDERAL

Secretaria-Geral da Mesa

Subsecretaria de Expediente

PLC N.º 8 91

Fls. 257



- 14 03 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
REDISTRIBUIÇÃO AO SEN LUCIO ALCANTARA.
- 26 09 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN LUCIO ALCANTARA, COM MINUTA DE
PARECER PELA APROVAÇÃO DO PROJETO NA FORMA DAS EMENDAS
QUE APRESENTA E PELA AUDIENCIA DA CCJ.
- 08 11 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
CONCEDIDA VISTA AO SEN LUCIDIO PORTELLA.
- 22 11 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN LUCIDIO PORTELLA, COM VOTO EM
SEPARADO PELA APROVAÇÃO DO PROJETO NA FORMA DO
SUBSTITUTIVO QUE APRESENTA.
- 23 11 1995 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
A COMISSÃO REJEITA O RELATORIO DO SEN LUCIO ALCANTARA
E APROVA O VOTO EM SEPARADO DO SEN LUCIDIO PORTELLA,
PELA APROVAÇÃO DO PROJETO NA FORMA DO SUBSTITUTIVO
QUE APRESENTA; QUE PASSA A CONSTITUIR O PARECER DA CAS.
FICOU PREJUDICADO O VOTO EM SEPARADO DO SEN GILVAM
BORGES QUE SE MANIFESTAVA PELA REJEIÇÃO DO PROJETO,
APRESENTADO POR ESCRITO NO MOMENTO DA REUNIÃO.
- 08 12 1995 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
AUTUADO PROCESSO ESPECIAL, NOS TERMOS DO ART. 263 DO
RISF, QUE PASSA A ACOMPANHAR ESTA MATERIA, DURANTE SUA
TRAMITAÇÃO.
- 12 12 1995 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA PARECER 896 - CAS, SENDO ABERTO O PRAZO DE 05
(CINCO) DIAS UTEIS PARA RECEBIMENTO DE EMENDAS, NOS
TERMOS DO ART. 235, II, 'D', DO REGIMENTO INTERNO.
DSF 13 12 PAG 5507.
- 23 02 1996 (SF) PLENARIO (PLEN)
COMUNICAÇÃO PRESIDENCIA TERMINO PRAZO, TENDO SIDO
APRESENTADAS 07 (SETE) EMENDAS: SEN LUCIO ALCANTARA 2, 4,
7 E 8-PLEN; JOSE EDUARDO DUTRA 3, 5 E 6-PLEN.
- 23 02 1996 (SF) MESA DIRETORA
DESPACHO A CAS, PARA EXAME DAS EMENDAS. (FLS. 112 A 124).
DSF 24 02 PAG 2140.
RETIFICAÇÃO FEITA NO DSF 27 02 PAG 2390.
- 27 02 1996 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
ENCAMINHADO AO GABINETE DO SEN LUCIDIO PORTELLA PARA
EXAME DAS EMENDAS DE PLENARIO.
- 09 08 1996 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
DEVOLVIDO PELO SEN LUCIDIO PORTELLA COM MINUTA DE PARECER
CONCLUINDO PELA REJEIÇÃO DAS EMENDAS 2, 3, 6, 7 E 8, PELA
APROVAÇÃO DAS EMENDAS 4 E 5 E PELA APROVAÇÃO INTEGRAL DA
EMENDA 1 NA FORMA DA REDAÇÃO QUE APRESENTA.
- 20 01 1997 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
ENCAMINHADO AO SCP COM DESTINO A SSCLS ATENDENDO
REQUERIMENTO DE INCLUSÃO EM ORDEM DO DIA.
- 21 01 1997 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA RQ. 064, DE 1997, DO SEN ROBERTO FREIRE,
SOLICITANDO A INCLUSÃO DA MATERIA EM ORDEM DO DIA,
APOS A MANIFESTAÇÃO DO PRESIDENTE DA CAS: NOS TERMOS

Secretaria-Geral da Mesa
Subsecretaria de Expediente

P.L.C. N.º 8 91

Fls. 258



DO PARAGRAFO UNICO DO ART. 255 DO REGIMENTO INTERNO.
DSF 22 01 PAG 2795.

- 21 01 1997 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
AGUARDANDO INCLUSÃO ORDEM DO DIA (RQ. 064, DE 1997).
- 22 01 1997 (SF) SECRETARIA GERAL DA MESA (SGM)
ANEXADO OF. SF 070, DE 1996, AO PRESIDENTE DA COMISSÃO
DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS, SOLICITANDO A MANIFESTAÇÃO
SOBRE A PROVIDENCIA REQUERIDA NOS TERMOS DO ART. 255
DO REGIMENTO INTERNO.
- 22 01 1997 (SF) SERVIÇO COMISSÕES PERMANENTES (SF) (SCP)
ENCAMINHADO A CAS PARA MANIFESTAÇÃO DA PRESIDENCIA NOS
TERMOS DO ART. 255 DO REGIMENTO INTERNO.
- 19 03 1997 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
AO SCP, ATENDENDO SOLICITAÇÃO DA SSCLS.
- 19 03 1997 (SF) SERVIÇO COMISSÕES PERMANENTES (SF) (SCP)
ENCAMINHADO A SSCLS, PARA ATENDER SOLICITAÇÃO DE
RETIRADA DE REQUERIMENTO.
- 20 03 1997 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA E DEFERIMENTO DO RQ. 212, DO SEN ROBERTO FREIRE,
SOLICITANDO A RETIRADA DO RQ. 064, DE 1997.
- 20 03 1997 (SF) MESA DIRETORA
DESPACHO A CAS, PARA PROSSEGUIMENTO DO EXAME DAS EMENDAS.
DSF 21 03 PAG 6189.
- 21 03 1997 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
AO SCP, PARA PROSSEGUIMENTO DA TRAMITAÇÃO.
- 21 03 1997 (SF) SERVIÇO COMISSÕES PERMANENTES (SF) (SCP)
RETORNA A CAS, PARA EXAME DAS EMENDAS DE PLENARIO.
- 01 04 1997 (SF) SERVIÇO DE APOIO COMISSÕES PERMANENTES
A SSCLS PARA ATENDER RQ. DE INCLUSÃO EM ORDEM DO DIA.
(COM PROCESSO ESPECIAL ANEXO).
- 01 04 1997 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA RQ. 224, DE AUTORIA DO SEN LUCIDIO PORTELLA,
SOLICITANDO A INCLUSÃO DA MATERIA EM ORDEM DO DIA.
DSF 02 04 PAG 6860.
- 01 04 1997 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
AGUARDANDO INCLUSÃO ORDEM DO DIA (RQ. 224, APOS
MANIFESTAÇÃO DO PRESIDENTE DA CAS).
- 01 04 1997 (SF) SECRETARIA GERAL DA MESA (SGM)
ANEXEI COPIA DO OF. SF 295, DE 1997, ATRAVES DO QUAL O
PRESIDENTE DO SENADO FEDERAL SOLICITA A MANIFESTAÇÃO DO
PRESIDENTE DA CAS SOBRE O RQ. 224. (FLS. 133).
- 01 04 1997 (SF) SECRETARIA GERAL DA MESA (SGM)
AO SCP, COM DESTINO A CAS.
- 01 04 1997 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
ENCAMINHADO AO SCP COM DESTINO A SSCLS, PARA LEITURA
DE REQUERIMENTO.
- 02 04 1997 (SF) SERVIÇO DE APOIO COMISSÕES PERMANENTES
ENCAMINHADO A CAS PARA MANIFESTAÇÃO DO SR. PRESIDENTE.
- 12 05 1997 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
AO SEN SEBASTIÃO ROCHA PARA RELATAR AS EMENDAS.
- 25 11 1998 (SF) SECRETARIA GERAL DA MESA (SGM)
RECEBIDO NESTE ORGÃO, EM 24 DE NOVEMBRO DE 1998.

SENADO FEDERAL

Secretaria-Geral da Mesa

Subsecretaria de Expediente

PLC N.º 8 91

Fls. 259



- 25 11 1998 (SF) SECRETARIA GERAL DA MESA (SGM)
ENCAMINHADO AO RELATOR, SEN SEBASTIÃO ROCHA, TENDO EM VISTA PREVISÃO DE REALIZAÇÃO DE REUNIÃO DA CAS NO PROXIMO DIA 02 DE DEZEMBRO DE 1998, PARA APRECIAÇÃO DA PRESENTE PROPOSIÇÃO.
- 01 12 1998 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
ENCAMINHADO AO GABINETE DO SEN SEBASTIÃO ROCHA.
- 01 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA RQ. 584, DE AUTORIA DO SEN HUGO NAPOLEÃO E OUTROS LIDERES, DE URGENCIA - ART. 336, 'C', DO REGIMENTO INTERNO, OBEDECENDO O DISPOSTO NO INCISO III DO ART. 338, DO REGIMENTO INTERNO, DEVENDO O REQUERIMENTO SER APRECIADO NA PROXIMA SESSÃO DELIBERATIVA.
DSF 02 12 PAG 17477.
- 02 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 INCLUSÃO ORDEM DO DIA VOTAÇÃO TURNO UNICO (RQ. 584, DE URGENCIA 'C').
- 02 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 LEITURA E APROVAÇÃO DO RQ. 595, DO SEN SERGIO MACHADO E OUTROS, SOLICITANDO O ADIAMENTO DA VOTAÇÃO DO RQ. 584, PARA A SESSÃO DO DIA 09 DE DEZEMBRO DE 1998.
DSF 03 12 PAG 17629.
- 09 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 INCLUSÃO ORDEM DO DIA VOTAÇÃO TURNO UNICO (RQ. 584, DE URGENCIA 'C').
- 09 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 USAM DA PALAVRA NO ENCAMINHAMENTO DA VOTAÇÃO OS SEN LUCIDIO PORTELLA, SEBASTIÃO ROCHA, OSMAR DIAS, JOSE EDUARDO DUTRA, BELLO PARGA, JOSE FOGAÇA, NABOR JUNIOR, EDUARDO SUPPLY, SERGIO MACHADO E EMILIA FERNANDES.
- 09 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 VOTAÇÃO APROVADO O RQ. 584, DEVENDO A MATERIA SER INCLUIDA EM ORDEM DO DIA DA SESSÃO DELIBERATIVA ORDINARIA DO DIA 14 DE DEZEMBRO DE 1998.
DSF 10 12 PAG 18245 A 18251.
- 14 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
INCLUSÃO ORDEM DO DIA DISCUSSÃO TURNO UNICO (EM REGIME DE URGENCIA - ART. 336, 'C', DO REGIMENTO INTERNO).
- 14 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
PARECER ORAL 688 - PLEN, FAVORAVEL AS EMENDAS 2 A 8 - PLEN, NOS TERMOS DA EMENDA 9 - PLEN (SUBSTITUTIVO) QUE OFERECE, RELATOR SEN SEBASTIÃO ROCHA, EM SUBSTITUIÇÃO A CAS, DEVENDO A MATERIA CONSTAR DA ORDEM DO DIA DA SESSÃO DE AMANHÃ, DIA 15 DO CORRENTE.
DSF 15 12 PAG 18684 A 18697.
- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
INCLUSÃO ORDEM DO DIA DISCUSSÃO TURNO UNICO (EM REGIME DE URGENCIA - ART. 336, 'C', DO REGIMENTO INTERNO).
- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
DISCUSSÃO ENCERRADA, APOS USAREM DA PALAVRA OS SEN CARLOS PATROCINIO, SEBASTIÃO ROCHA, LUCIO ALCANTARA, LUCIDIO PORTELLA, HUGO NAPOLEÃO E EMILIA FERNANDES.

SENADO FEDERAL
Secretaria-Geral da Mesa
Subsecretaria de Expediente

PLC N.º 8 91
fls. 260



- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA E APROVAÇÃO DO RQ. 628, DO SEN SEBASTIÃO ROCHA,
SOLICITANDO PREFERENCIA PARA VOTAÇÃO DO SUBSTITUTIVO
(EMENDA 9 - PLEN).
- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA E APROVAÇÃO DO RQ. 629, DO SEN SEBASTIÃO ROCHA,
SOLICITANDO DESTAQUE, PARA VOTAÇÃO EM SEPARADO DA
EXPRESSÃO: 'REVOGANDO-SE AS DISPOSIÇÕES EM CONTRARIO',
CONSTANTE DO ART. 14 DA EMENDA 9 - PLEN (SUBSTITUTIVO),
OFERECIDA AO PROJETO, PARA ADEQUAÇÃO AO ART. 9º DA
LCP 095, DE 1995.
- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
VOTAÇÃO APROVADO O SUBSTITUTIVO (EMENDA 9 - PLEN),
FICANDO PREJUDICADOS O PROJETO E AS EMENDAS.
- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
VOTAÇÃO REJEITADA A EXPRESSÃO DESTACADA, SERA SUPRIMIDA
DO TEXTO DO SUBSTITUTIVO APROVADO.
- 15 12 1998 (SF) MESA DIRETORA
DESPACHO A CDIR, PARA A REDAÇÃO DO VENCIDO PARA O TURNO
SUPLEMENTAR.
- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA PARECER 691 - CDIR, OFERECENDO A REDAÇÃO DO
VENCIDO, PARA O TURNO SUPLEMENTAR, DO SUBSTITUTIVO DO
SENADO AO PROJETO, RELATOR SEN RONALDO CUNHA LIMA.
- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA EMENDAS 1 A 3, 6 A 10 - PLEN, DO SEN JOSE EDUARDO
DUTRA E 4 E 5 - PLEN, DA SEN EMILIA FERNANDES.
- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
DISCUSSÃO ENCERRADA DO SUBSTITUTIVO E DAS EMENDAS, EM
TURNO SUPLEMENTAR.
- 15 12 1998 (SF) PLENARIO (PLEN)
DESPACHO A CAS, PARA EXAME DAS EMENDAS 1 A 10 - PLEN.
DSF 16 12 PAG 18937 A 18953.
- 15 12 1998 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
ENCAMINHADO AO SACP, COM DESTINO A CAS, PARA EXAME DAS
EMENDAS.
- 16 12 1998 (SF) SUBSECRETARIA DE COMISSÕES
ENCAMINHADO A CAS.
- 17 12 1998 (SF) COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS (CAS)
ENCAMINHADO AO RELATOR, SEN SEBASTIÃO ROCHA, PARA EMITIR
PARECER SOBRE AS EMENDAS DE PLENARIO.
- 17 12 1998 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
RECEBIDO NESTE ORGÃO, EM 17 DE DEZEMBRO DE 1998.
- 17 12 1998 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
JUNTADO ANEXO DA REDAÇÃO DO VENCIDO DA MATERIA.
- 17 12 1998 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
ENCAMINHADO AO GABINETE DO SEN SEBASTIÃO ROCHA.
- 06 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA RQ. 002, DE AUTORIA DO SEN EDISON LOBÃO E OUTROS
LIDERES, DE URGENCIA - ART. 336, 'C', DO REGIMENTO
INTERNO, DEVENDO SER APRECIADO NA PROXIMA SESSÃO
DELIBERATIVA ORDINARIA.

SENADO FEDERAL
Secretaria-Geral da Mesa
Subsecretaria de Expediente
PAC N.º 8
Fls. 261 91



- DSF 07 01 PAG 0263 E 0264.
- 06 01 1999 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
AGUARDANDO INCLUSÃO ORDEM DO DIA (RQ. 002, DE
URGENCIA 'C').
- 07 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 INCLUSÃO ORDEM DO DIA VOTAÇÃO TURNO UNICO (RQ. 002,
DE URGENCIA 'C').
- 07 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 VOTAÇÃO APROVADO O RQ. 002, APOS USAR DA PALAVRA O
SEN LUDIO COELHO, DEVENDO A MATERIA SER INCLUIDA EM
ORDEM DO DIA DA SESSÃO DO DIA 12 DE JANEIRO DE 1999.
DSF 08 01 PAG 0335 E 0336.
- 07 01 1999 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
ENCAMINHADO AO GABINETE DO SEN SEBASTIÃO ROCHA.
- 12 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
INCLUSÃO ORDEM DO DIA VOTAÇÃO DO SUBSTITUTIVO DO SENADO
AO PROJETO, DEPENDENDO DE PARECER DAS EMENDAS DE
PLENARIO (EM REGIME DE URGENCIA - ART. 336, 'C', DO
REGIMENTO INTERNO).
- 12 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
PARECER ORAL 027 - PLEN, FAVORAVEL A EMENDA 1;
PARCIALMENTE AS DE Nº 2, 3, 4, 7, 8 E 9, NA FORMA DE
SUBEMENDAS QUE APRESENTA; CONTRARIO AS DE Nº 5, 6 E 10; E
APRESENTANDO A EMENDA 11-R, RELATOR SEN SEBASTIÃO ROCHA,
EM SUBSTITUIÇÃO A CAS.
- 12 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
RETIRADO DA ORDEM DO DIA, DEVENDO RETORNAR NA SESSÃO
DE AMANHÃ, DIA 13 DE JANEIRO.
DSF 13 01 PAG 1394 A 1407.
- 12 01 1999 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
ANEXEI, AS FLS. 213 A 217, NOTAS TAQUIGRAFICAS REFERENTE
AO PARECER DO SEN SEBASTIÃO ROCHA SOBRE A MATERIA.
- 13 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 INCLUSÃO ORDEM DO DIA VOTAÇÃO TURNO SUPLEMENTAR, DO
SUBSTITUTIVO DO SENADO AO PROJETO (EM REGIME DE URGENCIA,
ART. 336, 'C', DO REGIMENTO INTERNO).
- 13 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 USAM DA PALAVRA OS SEN LUCIDIO PORTELLA, JOSE
EDUARDO DUTRA, EDISON LOBÃO E O RELATOR, SEN SEBASTIÃO
ROCHA.
- 13 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
LEITURA E APROVAÇÃO DO RQ. 012, DE AUTORIA DO SEN ROMEU
TUMA E OUTROS, SOLICITANDO A RETIRADA DA MATERIA DA
ORDEM DO DIA E SUA INCLUSÃO NA PAUTA DA SESSÃO DO DIA
21 DE JANEIRO DE 1999.
DSF 14 01 PAG 1446 A 1450.
- 21 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 INCLUSÃO ORDEM DO DIA VOTAÇÃO TURNO UNICO
SUPLEMENTAR, DO SUBSTITUTIVO DO SENADO AO PROJETO (EM
REGIME DE URGENCIA ART. 336, 'C', DO REGIMENTO INTERNO).
- 21 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 VOTAÇÃO APROVADO O SUBSTITUTIVO, NOS TERMOS DO J.C.R.A.

Secretaria-Geral da Mesa
Subsecretaria de Expediente

P.C. N.º 8 41

Fls. 262



PARECER 027, DE 1999, E DO ADENDO DO RELATOR,
CONFORME O TEXTO CONSOLIDADO APRESENTADO, APOS USAREM
DA PALAVRA OS SEN EDUARDO SUPPLY, LUCIDIO PORTELLA,
SEBASTIÃO ROCHA, EMILIA FERNANDES, JOSE FOGAÇA, ARTUR
DA TAVOLA E ROMEU TUMA.

- 21 01 1999 (SF) MESA DIRETORA
1000 DESPACHO A CDIR, PARA A REDAÇÃO FINAL.
- 21 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 LEITURA PARECER 043 - CDIR, OFERECENDO A REDAÇÃO
FINAL, RELATOR SEN RONALDO CUNHA LIMA.
- 21 01 1999 (SF) PLENARIO (PLEN)
1000 VOTAÇÃO APROVADA A REDAÇÃO FINAL, SEM DEBATES.
- 21 01 1999 (SF) MESA DIRETORA
DESPACHO A CAMARA DOS DEPUTADOS.
DSF 22 01 PAG 1958 A 1970.
- 22 01 1999 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
PROCEDIDA A REVISÃO DA REDAÇÃO FINAL.
- 22 01 1999 (SF) SUBSEC. COORD. LEGISLATIVA (SF) (SSCLS)
ENCAMINHADO A SSEX.
- 22 01 1999 À CÂMARA DOS DEPUTADOS COM O OFÍCIO SF/Nº 80/99

vpl/.

SENADO FEDERAL

Secretaria-Geral da Mesa

Subsecretaria de Expediente

PKC N.º 8 91

Fls. 263

