PROCESSO ESPECIAL

(Art. 263 do Regimento Interno)

SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DA CÂMARA

Autor: Deputado Paulo Delgado

Nº 08, DE 1991

(Nº 3.657, de 1989 na Casa de Origem)

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

TERMO DE ABERTURA DE VOLUME

NOS TERMOS DO DISPOSTO NO ART. 263 DO REGIMENTO INTERNO, FOI AUTUADO O PRESENTE PROCESSO ESPECIAL CONTENDO AS REPRESENTAÇÕES DIRIGIDAS AO SENADO FEDERAL RELATIVAS AO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8, DE 1991 (Nº 3.657/89, NA CASA DE ORIGEM), QUE DISPÕE SOBRE EXTINÇÃO PROGRESSIVA DOS MANICÔMIOS E SUA SUBSTITUIÇÃO POR OUTROS RECURSOS ASSISTENCIAIS E REGULAMENTA A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA.

Em 8/12/95

José Roberto Leite de Matos
Diretor da Subsecretaria de Coordenação
Legislativa do Senado

15 ABR 1992

AVISO Nº 272/GM

Brasília, 07 de abril de 1992

À Comissão de Assuntos Sociais
23.04.92

Excelentíssimo Senhor Presidente:

Cumprimentando-o, respeitosamente, informo à Vossa Excelência que o Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião de 02 de abril último, deliberou por aprovar **MOÇÃO DE APOIO** ao Projeto de Lei Nº 3.657/89, de autoria do Excelentíssimo Senhor Deputado PAULO DELGADO, nos termos do parecer que segue em anexo.

Na oportunidade, renovo à Vossa Excelência meus protestos da mais alta consideração.

ADIB D. JATENE
Presidente
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

À Sua Excelência
Senador MAURO BENEVIDES
DD. Presidente do Senado Federal

BRASÍLIA, DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

PARECER (*)

A SAÚDE MENTAL NO BRASIL E O PROJETO DE LEI DO DEPUTADO PAULO DELGADO

I - Considerações Preliminares:

A aprovação da Constituição Federal, em 1988, consagrando o lema **'Saúde é um direito de todos e um dever do Estado'**, representou importante passo em um movimento social dos mais significativos já ocorridos em nosso País: a luta por uma reforma sanitária que assegurasse atendimento igualitário e universal à saúde de todos os brasileiros, através de um sistema de saúde organizado com a participação e o controle da comunidade. Cabe destacar o elevado alcance ético da proposta de um modelo de atenção à saúde destinado igualmente a todos os cidadãos, sem qualquer discriminação.

Por outro lado a exigência de que a comunidade deveria participar na formulação, execução e controle das ações de saúde era coerente com o conceito de saúde como um direito inerente à cidadania, como um bem a ser objeto dos cuidados de todos e de cada um, extrapolando de muito as atenções exclusivas dos profissionais de saúde.

Mas estas regras e estas concepções seriam também aplicáveis ao campo da saúde mental e aos pacientes psiquiátricos? Ou a especificidade da condição destes pacientes recomendaria a adoção de modelos e procedimentos radicalmente diferentes?

II - A Psiquiatria e os Direitos dos Pacientes:

O âmago do tema que estamos tratando e o particular momento que vivemos nos motivam a uma análise mais detalhada de uma questão que consideramos fundamental: queremos discutir o direito em Psiquiatria, com ênfase no que tange aos direitos dos pacientes.

Temos ouvido repetidas vezes a afirmação de que o paciente psiquiátrico tem todo o direito de ser tratado com respeito e dignidade e que é preciso fazer algo que reverta o quadro atual, onde tão frequentemente os seus mais elementares direitos da cidadania não são assegurados.

Historicamente, uma das primeiras grandes conquistas desses pacientes foi **o direito ao tratamento.** Consolidou-se a concepção de que não seria admissível que os doentes mentais fossem encaminhados a alguma instituição e não recebessem nenhuma assistência sanitária.

No entanto as outras prerrogativas que se costuma reconhecer como naturais quanto aos portadores das doenças em geral, eram sistematicamente negadas aos doentes mentais. A atitude paternalista ou a marcada intervenção sobre o outro, aqui se exerciam da maneira mais completa. A começar pelo privilegiamento do tratamento psiquiátrico sob a forma de internação em hospitais. A própria sociedade, não sabendo ou não querendo conviver com a loucura, elegeu como forma de lidar com a questão o puro e simples método da segregação, isolando os pacientes em grandes asilos, de preferência distantes dos centros urbanos. Buscando assim, talvez, não se angustiar com aquelas formas de expressividade humana que muitas vezes se constituem em autênticas denúncias contra as mazelas e as contradições do tecido social. Fica evidente que não se cogitava de consultar os pacientes sobre o que achavam do tratamento a que estavam sendo submetidos. Menos ainda de se lhes solicitar o consentimento para a adoção daquelas medidas que frequentemente incluiam a longa, quando não permanente hospitalização. Os profissionais da Psiquiatria em geral compartilhavam esta maneira de ver as coisas e desempenharam importante papel na tarefa de manter os pacientes sob esta forma de controle social. Também fica patente que tudo isto se dava

dentro de um clima que se propunha como de terapêutica, de ajuda aos doentes, enfim, de exercício dos mais altos ideais e mais elevados objetivos da Medicina. Não se tratava de nenhuma conspiração conscientemente planejada para reduzir à imobilidade ou eliminar um segmento da sociedade, embora este fosse, às vezes, o resultado concreto destas ações. Estes casos aconteciam de acordo com o pensamento científico predominante e em consonância com as normas de conduta moral aceitas pela maioria.

É claro também que houve as exceções, os que conseguiram ver além do seu tempo e perceber antes dos demais que outra deveria ser a finalidade e a atuação da Medicina e da Psiquiatria. Exemplo notável foi **Pinel**, com a sua proposta do tratamento moral centrado no respeito à dignidade e aos direitos humanos dos acometidos de enfermidade mental.

Só após muito tempo, porém, foram se tornando mais numerosos os que postulavam que a Psiquiatria precisava, a partir de uma profunda revisão de suas premissas morais e científicas, desvencilhar-se do inaceitável papel de instrumento de segregação e controle social, reformular suas propostas e renovar sua ação terapêutica.

Tal perspectiva passou a apontar para o reconhecimento do doente mental como um ser humano integral, um sujeito de pleno direito. Hoje multiplicam-se em vários Países os movimentos com o objetivo de concretizar esta grande mudança de concepção e de praxis. Neste contexto inserem-se a luta contra a psiquiatrização dos problemas sociais e econômicos, a discussão sobre o papel do hospital psiquiátrico, a busca de outras formas de assistência à saúde mental, que privilegiam a comunidade como o local ideal onde o paciente deve ficar e onde se dará seu esforço pelo crescimento e pela liberdade. São, por fim, alvo de grande reflexão temas da maior relevância ética e moral, tais como a questão do consentimento e do tratamento compulsório.

III - A Carta da Organização das Nações Unidas:

Compartilhando estas preocupações, a Organização das Nações Unidas designou um Grupo de Trabalho para estudar e formular propostas sobre o assunto, resultando na elaboração de um documento intitulado **'Princípios para a proteção das pessoas que padecem enfermidades mentais e para melhoria da assistência em saúde mental'**, concluído no início de 1991.

Em linhas gerais o texto citado busca garantir os direitos dos pacientes psiquiátricos e estabelecer princípios que orientem a revisão da legislação respectiva, nos diversos países. Deste documento, bastante moderno e abrangente, destacaremos algumas passagens:

1. Quanto às liberdades fundamentais e direitos básicos é afirmado que todas as pessoas que padecem uma enfermidade mental terão direito a exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos na **Declaração dos Direitos Humanos** e em outros documentos aprovados internacionalmente.

2. O Princípio 5, sobre o exame médico, dispõe que nenhuma pessoa será obrigada a submeter-se a exame médico, com o objetivo de determinar se padece ou não de uma enfermidade mental, a não ser que o exame se pratique de acordo com o procedimento autorizado pelo direito nacional.

3. Sobre o tratamento é dito que todo paciente terá direito a ser tratado em um ambiente o menos restritivo possível e a receber o tratamento menos restritivo e alterador possível que corresponda às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.

O tratamento e o cuidado de cada paciente se basearão em um plano prescrito individualmente, examinado com o paciente, revisado periodicamente, modificado quando for o caso e aplicado por pessoal profissional qualificado.

A atenção psiquiátrica se dispensará sempre de acordo com as normas de ética pertinentes dos profissionais de saúde mental, em particular normas aceitas internacionalmente como os Princípios de Ética Médica aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Em nenhum caso se fará uso indevido dos conhecimentos e técnicas psiquiátricas.

O tratamento de cada paciente estará destinado a preservar e fomentar sua independência pessoal.

4. Toda pessoa recolhida a uma instituição psiquiátrica será informada, o mais breve possível depois de sua internação e em uma forma e uma línguagem que compreenda, de todos

os seus direitos em virtude destes princípios e da legislação nacional. Caso o paciente não esteja em condições de compreender estas informações, seu representante ou responsável deverá ficar ciente a respeito destes direitos.

5. Entre os direitos dos pacientes internados em instituições psiquiátricas incluem-se a liberdade de comunicação com outras pessoas dentro e fora da instituição; liberdade de enviar e receber correspondência, respeitando-se devidamente sua privacidade e não sendo aceitável qualquer censura; liberdade de receber visitas e de ter acesso aos serviços telefônicos e à imprensa, rádio e televisão.

O paciente terá direito de acesso às informações relativas à sua história clínica a não ser em casos excepcionais onde tal conhecimento possa lhe prejudicar gravemente.

6. O Princípio 11 trata, de forma bastante minuciosa, da questão do consentimento para o tratamento e o Princípio 16 refere-se ao internamento involuntário. A não ser em casos justificados por critérios bem estabelecidos não se administrará tratamento a um paciente sem seu consentimento informado. A esterilização não poderá nunca ser aplicada como tratamento em caso de doença mental.

Quanto à internação deverá ser feito todo o possível para evitar uma internação involuntária. Quando esta for excepcionalmente necessária só poderá ocorrer de acordo com procedimentos legalmente previstos e em casos em que a não internação claramente redundará em grave risco de vida ou de agravamento de saúde para o paciente ou para os demais.

Acrescente-se que todo paciente involuntário terá direito de solicitar a um órgão de revisão que lhe seja dada alta ou modificada a sua condição para a de paciente voluntário.

Como vemos trata-se de um conjunto de normas que têm importantes implicações nos campos ético e jurídico.

IV - A Situação no Brasil:

No Brasil há muito que se discute a necessidade de uma profunda reformulação na assistência prestada à saúde mental. Os abusos e as violações dos direitos dos pacientes têm sido objeto de denúncias e de protestos dos órgãos representantes da Psiquiatria Nacional e dos familiares de pacientes. Há muitos anos uma das formulações mais ouvidas nos Congressos de Psiquiatria tem sido a de que há uma distorção no próprio modelo assistencial, que enfatiza o papel do hospital psiquiátrico em detrimento do atendimento ambulatorial e de outras formas de assistência à saúde mental. Infelizmente, a não ser por modificações localizadas, pontuais, a situação continua a mesma.

Contudo, ultimamente intensificou-se o movimento pela desinstitucionalização, ou desospitalização, na busca de transformações semelhantes às que se processaram em outros Países. Uma das etapas desta luta é o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, aprovado na Câmara Federal e em tramitação no Senado. Tal projeto **'dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória'**. Dispõe, ademais, que as administrações regionais de saúde estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos não manicomiais de atendimento, como 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 natureza manicomial.

Se não tivesse outro mérito o projeto já teria cumprido seu papel ao estimular, como estimulou em ampla escala, a reflexão e o debate acerca de questões cruciais da Psiquiatria e da Saúde Mental. Porém além disto, este suscinto mas abrangente projeto contém dispositivos que poderão se tornar fundamentais para a tão desejada reforma psiquiátrica no Brasil. Entre estes, destacamos:

1. Desvia o eixo do modelo de assistência à saúde mental, desfazendo o papel preponderante da internação em hospital psiquiátrico e privilegiando outras formas de atendimento consideradas mais consentâneas com as concepções da Psiquiatria contemporânea.

2. Possibilita o redirecionamento dos recursos, até hoje empregados, em sua maior parte, na rede hospitalar especializada, para o custeio de diversificadas formas de assistência à saúde mental.

3. Prevê a constituição dos Conselhos Estaduais de Reformas Psiquiátrica, com participação dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, com a função de acompanhar a elaboração dos planos regionais de desospitalização e aprová-los.

4. Prevê mecanismo através do qual a autoridade judiciária se pronuncie sobre a legalidade da internação compulsória, como forma de revisão que evite abusos.

5. Enfatiza formas alternativas de assistência que permitam ao paciente permanecer em seu meio familiar e social.

V - Conclusões:

Queremos concluir com as indagações: A que serve a ciência? A quem aproveita o saber? E de pronto respondemos: Em qualquer momento de nossa caminhada devemos ter como regra básica que o saber, inclusive o saber psiquiátrico, não pode contribuir para o desrespeito, a discriminação, a subjugação do ser humano. Deve sim, buscando harmonizar a ciência e a moral, colaborar para que o ser humano cresça e alcance, em toda a plenitude, sua liberdade, realizando plenamente sua dimensão humana.

Muito terá ainda que ser feito para que os doentes mentais sejam tratados de forma digna, sejam vistos como cidadãos. No entanto estamos convencidos que o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que vem contando com o apoio das mais expressivas entidades científicas (Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Psicologia, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e outras), dos Coordenadores Estaduais de Saúde Mental e do próprio Ministério da Saúde, significa um importante avanço na humanização do tratamento psiquiátrico e na conquista dos direitos da cidadania para os doentes mentais.

Por tudo isso propomos:

1. Que o Conselho Nacional de Saúde aprove Moção de apoio ao Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado.

2. Que o Conselho Nacional de Saúde estabeleça, junto à Coordenadoria de Saúde Mental, mecanismo permanente de acompanhamento da formulação e implantação da Política de Saúde Mental no Brasil.

Brasília-DF, 02 de abril de 1992.

IVAN DE ARAÚJO MOURA FÉ
Representante das
ENTIDADES DE REPRESENTAÇÃO DOS MÉDICOS

* Aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde na 12 Reunião, em 02 de abril de 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

ENCONTRO DE PARLAMENTARES ESTADUAIS SOBRE LEGISLAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

RELATÓRIO FINAL

Data: 8 e 9/11/93

Local: Brasília - Sede da Organização Panamericana da Saúde

Organização e Patrocínio: ◦ Organização Panamericana da Saúde

◦ Coordenação de Saúde Mental/DAPS/SAS/MS

1. INTRODUÇÃO

A Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, celebrada em Caracas, de 11 a 14 de novembro de 1990, gerou um intenso processo de atualização legislativa na América Latina. A Declaração de Caracas, documento básico emanado da Conferência, apontou a necessidade de revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, a partir da incorporação da atenção psiquiátrica à rede geral de serviços de saúde, compatível com os princípios de uma atenção comunitária, integral, contínua, descentralizada e participativa. Afirmou, também, a necessidade de se garantir o respeito aos direitos individuais, civis e políticos da pessoa portadora de transtornos mentais, bem como de salvaguardar sua identidade e dignidade pessoal, sua liberdade de comunicação e integração social.

Vários países da América Latina começaram a revisar suas legislações que versam sobre a matéria, nos âmbitos federal, estadual e municipal. No Brasil, o Projeto Paulo Delgado, aprovado na Câmara dos Deputados, está em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Temos, ainda, três leis já aprovadas no plano estadual: Lei nº 9716/92 no Rio Grande do Sul, Lei nº 1251/93 no Ceará e Lei nº 11024/93 em Pernambuco, aprovada imediatamente após o Encontro , em dezembro de 1993. Neste momento, seis projetos de lei estão em tramitação nas Assembléias Legislativas dos Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, São Paulo, Rio de janeiro, Santa Catarina e Distrito Federal.

Fatores diversos têm influenciado o processo de atualização da legislação psiquiátrica no nível estadual em nosso país: a existência de projeto no nível federal, a mobilização decorrente do processo de preparação da II Conferência Nacional de Saúde Mental com a realização das conferências estaduais no ano de 1992, o fortalecimento dos movimentos sociais voltados para a reforma psiquiátrica e a superação dos manicômios, bem como a crescente participação das entidades e associações de familiares e de usuários de serviços de saúde mental.

Tendo em vista a importância da transformação do arcabouço jurídico-legal para a concretização da reforma psiquiátrica brasileira, faz-se

necessário o conhecimento e análise das leis e projetos existentes, bem como a definição de estratégias que viabilizem a aceleração do processo de revisão e atualização da legislação psiquiátrica em nosso país.

Com base nesses propósitos, a Organização Panamericana da Saúde e a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde organizaram e patrocinaram a realização do Encontro de Parlamentares Estaduais sobre Legislação Psiquiátrica no Brasil, que teve lugar em Brasília (DF), nos dias 8 e 9 de novembro de 1993.

O Encontro teve como objetivos:

a) Avaliar os projetos de lei aprovados ou em tramitação nas Assembléias Legislativas, à luz das tendências atuais sobre a matéria, segundo as diretrizes definidas pela Conferência de Caracas e pelo Ministério da Saúde do Brasil.

b) Oferecer ao grupo de parlamentares estaduais apoio técnico, baseado nas experiências da América Latina e Europa, com ênfase na literatura sobre atenção psiquiátrica e proteção dos direitos humanos e civis dos usuários dos serviços de saúde mental.

c) Formular estratégias para a promoção do processo de atualização legislativa.

Tendo em vista os objetivos do evento, este funcionou como uma oficina de trabalho, cujos integrantes foram convidados pelas instituições organizadoras. Os convites tiveram como critério a contribuição técnica e a participação da entidade/instituição ou do profissional no processo de atualização legislativa que vem se desenvolvendo nos níveis federal e/ou estadual. Assim, foram convidados os parlamentares federais e estaduais, autores de projetos de lei aprovados ou em tramitação, técnicos do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, representantes de entidades de usuários e familiares, do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, da Associação Brasileira de Psiquiatria, da Federação Brasileira de Hospitais e das coordenações de saúde mental das secretarias estaduais de saúde. Participaram também consultores internacionais da OPS/OMS, bem como consultores nacionais da área jurídica. A lista de participantes está contida no Anexo II.

Considerando os propósitos e características do Encontro, este não teve caráter deliberativo. Neste sentido, suas conclusões são recomendações que deverão constituir-se em subsídios para orientar o processo de atualização legislativa no plano estadual e federal.

2. PONTOS FUNDAMENTAIS PARA UMA LEGISLAÇÃO COERENTE COM OS PRINCÍPIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Os projetos de legislação estadual discutidos apresentam um núcleo comum, assemelhado à proposta legislativa de âmbito federal (Projeto Paulo Delgado) e à lei estadual do Rio Grande do Sul. Distinguem-se, entretanto, por maior ou menor ênfase em determinados aspectos, e pela incorporação de temas particulares (por exemplo: a composição de equipe técnico-assistencial), de acordo com as demandas regionais e o tipo de discussão preliminar travada em cada esfera legislativa.

Em função da diversidade aparente dos projetos apresentados, discutiu-se a importância de delimitar seu núcleo comum, no sentido de reforçar o papel de *instrumento estratégico para a Reforma Psiquiátrica* que cada projeto terá, no âmbito de seu estado.

Dessa forma, foram destacados os seguintes elementos fundamentais que devem estar contemplados nos projetos legislativos:

1. Uma dimensão *ética*, que afirme a urgência de modificar um modelo assistencial que descura ou tende a descurar dos direitos fundamentais do paciente, e uma ênfase na busca de um modelo que permita a convivência dos métodos terapêuticos com a cidadania e a liberdade dos usuários.

2. Uma determinação clara no sentido da inversão do modelo hospitalocêntrico, que imponha a interrupção do crescimento dos leitos para longas internações e o redirecionamento dos recursos financeiros públicos para outras modalidades assistenciais.

3. Uma recomendação clara, porém aberta, flexível e abrangente, para implantação, atendendo às peculiaridades administrativas, financeiras, técnicas e culturais de cada estado, de uma rede de recursos para atendimento a pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo emergências psiquiátricas e leitos em hospitais gerais, hospitais-dia, lares abrigados, ambulatórios regionalizados e outras modalidades assistenciais necessárias para a constituição de uma nova rede de cuidados.

4. Um instrumento de regulamentação das internações involuntárias, nos moldes das recomendações dos documentos internacionais (ONU, OMS), que contemple necessariamente o recurso a um órgão de revisão, do qual faça parte uma instância judiciária.

5. Um preceito de ordem geral, que estimule a articulação dos programas assistenciais com recursos laicos da comunidade, tais como

programas de ajuda mútua, redes sociais de suporte, cooperativas de trabalho, iniciativas de lazer, associações de usuários, de familiares e de outros interessados.

Uma conclusão aparentemente consensual foi a de que os projetos se beneficiariam se se ativessem a preceitos claros e gerais, não se ocupando - exceto se indispensável - de questões particulares e muito especificas. Na fase atual do processo de reforma psiquiátrica, as leis estaduais - além do projeto de lei federal - não têm que suprir um elenco de preceitos normativos de caráter puramente técnico (composição de equipes assistenciais, dimensão dos equipamentos, rotinas de serviços, sistemas de informação e avaliação etc.), questões estas que devem ser mais adequadamente tratadas em regulamentos especificos emanados de órgãos normativos, acadêmicos ou ético-profissionais.

Os projetos, como discutidos nesse seminário, atendem ao objetivo estratégico mais geral de implantar as condições politicas e éticas para uma progressiva mudança do modelo assistencial.

3. PONTOS NÃO-CONSENSUAIS

A análise das leis e projetos estaduais apontou a existência de alguns pontos divergentes, em torno dos quais não se chegou a um consenso. São questões consideradas polêmicas, que ainda demandam pesquisa, discussão e reflexão. Nessa parte do relatório, foi feito um sumário dos argumentos apresentados em cada uma das questões abordadas.

3.1. Definição de prazo para fechamento dos hospitais psiquiátricos

Alguns projetos de lei estabelecem um prazo - em geral 5 anos - a partir do qual os hospitais psiquiátricos seriam desautorizados a funcionar no âmbito do estado.

Os que defendem o estabelecimento de prazos apontam a necessidade da lei ser clara, não deixando dúvidas quanto ao limite máximo de tempo para substituição dos recursos manicomiais por outros recursos assistenciais. Esclarecem que esta delimitação auxiliará aos setores engajados no processo de Reforma Psiquiátrica, principalmente ao gestor estadual e aos técnicos da área de saúde mental, garantindo o êxito da proposta.

Os argumentos contrários à definição de prazo no texto legal apontam a complexidade técnica, política e cultural do processo de substituição progressiva, bem como a existência de realidades diversas dentro de um mesmo estado, o que pode acarretar a adoção de ritmos diversos no processo de substituição. Assim, concluem que a definição quanto ao prazo pode ser arriscada, fazendo com que nos tornemos presas de nossa própria armadilha.

Uma posição intermediária ponderou que a ausência total de prazo, por sua vez, tem inconveniências, sendo necessário, no mínimo, algum tipo de limite temporal para a avaliação do processo de transformação. Assim, a exemplo do disposto na Lei nº 9716/92 do Estado do Rio Grande do Sul, considerou-se de grande valia a definição de um prazo, que poderia ser de 5 anos, para *acompanhamento e reavaliação da Reforma Psiquiátrica* no estado no que tange aos seus rumos e ritmo de implantação.

3.2. Procedimentos terapêuticos

Três posições ficaram evidenciadas no debate, expressas nas leis e projetos de lei analisados:

a) a necessidade do texto legal conter detalhes sobre os procedimentos terapêuticos, incluindo aqueles cuja utilização seria proibida, bem como as condições de aplicação das demais técnicas existentes. A vantagem apontada pelos que defendem um texto bem explícito quanto a esse aspecto é a de se evitar abusos na aplicação das terapêuticas psiquiátricas, resguardando-se os direitos humanos bem como a qualidade da assistência prestada às pessoas portadoras de transtornos mentais.

b) a lei deve reforçar apenas a proibição daquelas práticas sabidamente condenadas (esterilização e psicocirurgia), pois o avanço tecnológico e científico impõe mudanças rápidas nesse campo. Assim, uma lei que se pretende duradoura, não deveria definir essa questão. Ademais, as condições e normas de aplicação de alguns procedimentos terapêuticos poderiam ser regulamentados por portarias ministeriais. Argumenta, ainda, que a vinculação dessa questão à lei é desvantajosa do ponto de vista técnico e político, pois, devido ao seu caráter polêmico, traz adversários ao projeto inclusive no âmbito dos profissionais de saúde.

c) a limitação no texto legal desses procedimentos é improcedente, mesmo daqueles sabidamente condenados, pois estes já contam com outros mecanismos legais para a sua regulamentação. Defende que

normas/regulamentações ministeriais ou de associações profissionais estabeleçam as condições de aplicação desses procedimentos (exemplo: aplicação do ECT, quando identificada a necessidade, deveria ser feita sob determinadas condições, como sob o efeito de anestesia, com o consentimento do paciente e assistência médica etc.).

3.3. Proibição da construção de hospitais psiquiátricos privados

Duas posições se destacaram no debate dessa questão, considerada altamente polêmica. Uma delas defendeu o caráter inconstitucional desse tipo de regulamentação, e que, portanto, uma Unidade Federada não teria poder de vetar a construção de um estabelecimento privado. Argumentou-se, ainda, que essa proibição é negativa do ponto de vista político, já que restringiria as bases de apoio ao projeto ou lei, na medida em que traria a oposição de setores profissionais e da sociedade civil que consideram antidemocrático esse tipo de restrição, pois fere direitos da chamada livre iniciativa.

Uma outra linha de argumentação aponta que esse tipo de proibição não é inconstitucional, pois o Estado pode proibir a existência de determinada instituição cujo funcionamento pode acarretar prejuízos/danos aos cidadãos que ali recebam atendimento. Ademais, a prestação de serviços de saúde à população é, pelo caráter da atividade, de relevância pública, mesmo quando prestada em serviços particulares ou privados. Nesse sentido, a proibição de se construir um tipo de estabelecimento cujos princípios estão sabidamente condenados seria constitucional.

Tendo em vista o caráter polêmico dessa questão, os participantes recomendaram a solicitação de dois pareceres a especialistas em direito constitucional, de modo que as duas posições - constitucionalidade e inconstitucionalidade - fossem melhor justificadas, fornecendo subsídios para uma análise mais apurada do tema.

3.4. Manicômio Judiciário

A quase totalidade dos projetos de lei existentes não toca na questão dos hospitais de custódia e tratamento (manicômios judiciários), dado o caráter altamente complexo do tema. Em primeiro lugar, essa questão passa pela revisão do Código Penal, já que está relacionada aos conceitos jurídicos de periculosidade , inimputabilidade e medida de segurança.

A situação das pessoas mantidas nesses estabelecimentos é extremamente grave, pois, na maioria das vezes, foram cometidos delitos insignificantes e, por outro lado, o tempo de internação é ilimitado. Apontou-se ainda que há uma situação contraditória, pois o interno não tem pena e, no entanto, não se estabelece um tempo mínimo para a medida de segurança, fazendo com que o tempo de internação seja perpetuado.

O grupo avaliou que, apesar da premenência de se revisar os Códigos Civil e Penal, essa tarefa deverá ficar para um outro momento, após um estudo mais criterioso da questão. O Comitê Assessor sobre Legislação Psiquiátrica a ser instituído pela COSAM/DAPS/SAS/MS deverá iniciar o estudo sobre o tema, em futuro próximo.

3.5. Órgão de revisão da internação compulsória

As leis e projetos existentes apresentam duas possibilidades quanto ao órgão de revisão - Defensoria Pública ou Ministério Público - sendo que a maioria tende a propor o Ministério Público.

Há consenso quanto à necessidade de um órgão revisor, pois a Reforma Psiquiátrica deve prever o recurso à autoridade judiciária nos casos de internação compulsória ou involuntária. Deve-se, portanto, introduzir o direito de suspeição, nos casos em que houver dúvidas sobre a necessidade da internação.

Um aspecto dificultador para que o órgão revisor seja a Defensoria Pública prende-se ao fato de que, apesar de estar prevista na Constituição Federal de 1988, na maioria dos estados a mesma não está em funcionamento. Assim, a alternativa mais viável parece ser o Ministério Público, instância à qual se deve recorrer nos casos de desrespeito aos direitos humanos, ou de não cumprimento pelo Estado - no caso, o setor saúde - dos seus papéis e objetivos.

Algumas propostas apontam a necessidade de se constituir uma comissão com técnicos de nível superior da área de saúde para a elaboração de pareceres/laudos, a pedido do órgão revisor.

No intuito de facilitar as relações com o Ministério Público, o projeto do Estado de Pernambuco propõe a intermediação do setor saúde nesse processo. A comunicação não seria feita diretamente ao Ministério Público e, sim, ao conselho municipal ou estadual de saúde. Esses conselhos, por sua vez, teriam uma comissão revisora que faria uma reavaliação da internação compulsória e, posteriormente, comunicaria o fato ao Ministério Público.

Apesar desta proposta pretender a agilização do processo de revisão, houve o questionamento quanto à introdução de uma nova instância, cujo papel é de caráter técnico e político. Assim, ao invés de agilizar, essa instância poderia dificultar o processo.

4. ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DO PROCESSO DE REVISÃO LEGISLATIVA

Os participantes do evento aprovaram as seguintes estratégias, visando a aceleração do processo de revisão legislativa:

4.1. Retomada da mobilização em torno do Projeto 8/91 de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), com as emendas propostas pelo senador Beni Veras (PSDB-CE), que aprimoram o projeto original sem desvirtuar o seu espírito e objetivos. A avaliação dos técnicos, entidades e instituições presentes ao Encontro é de que esta proposta está em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, bem como com os princípios e diretrizes estabelecidos pela Declaração de Caracas, resultante da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, organizada pela OPS, em novembro de 1990 .

A quase totalidade das representações presentes ao evento considerou fundamental a existência de uma lei federal que deverá nortear o processo de Reforma Psiquiátrica no âmbito nacional. Como essa conclusão já vinha sendo apontada desde o primeiro dia do Encontro, foi feita uma visita ao senador Beni Veras, presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, no dia 9/11, pela maioria dos participantes.

A relação contendo a composição atual da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal deverá ser encaminhada para as entidades e instituições que participaram do Encontro, bem como para as coordenações estaduais e municipais de saúde mental, de modo que os parlamentares da referida Comissão sejam esclarecidos, no âmbito de seu estado, quanto aos rumos da Reforma Psiquiátrica e o tipo de lei que se pretende seja aprovada no plano federal.

4.2. Constituição do Comitê Assessor de Legislação Psiquiátrica, junto à COSAM/DAPS/SAS/MS, no início de 1994, cuja composição ficará a cargo da COSAM, tendo como objetivos assessorar a elaboração de projetos

legislativos, discutir as implicações legais da reestruturação da assistência, estimular e acompanhar os esforços de mudança legislativa. As primeiras tarefas deste Comitê incluirão a retomada do processo de atualização legislativa no plano federal e uma proposta para a revisão dos Códigos Civil e Penal, consoante com os princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica brasileira.

4.3. A COSAM deverá promover o intercâmbio entre as coordenações estaduais de saúde mental no que tange ao processo de atualização legislativa, através da divulgação dos projetos de lei e leis existentes, discusão do tema nas reuniões de coordenadores estaduais, entre outras medidas cabíveis.

4.4. Os parlamentares estaduais, juntamente com suas bases de apoio, envidarão esforços no sentido de ampliar a coligação com as demais forças político-partidárias, objetivando a atualização legislativa no âmbito de seu estado.

- Elaboração do Relatório Final:
  Eliane Seidl
  Pedro Gabriel Delgado

Brasília, 21 de fevereiro de 1994

ANEXO I

PROGRAMA

DIA 08/11/93

8:30 - 9:00h - Abertura

- David Tejada de Rivero - Representante Regional da OPS no Brasil
- Domingos Sávio do Nascimento Alves - Diretor do Departamento de Assistência e Promoção à Saúde do Ministério da Saúde

9:00 - 10:30h - Mesa Redonda: Reforma Psiquiátrica: Tendências Atuais

- Visões contempprâneas da atenção psiquiátrica
  Itzhak Levav - Assessor Regional de Saúde Mental/OPS
- A Conferência de Caracas e o processo de atualização legislativa na América Latina
  Mônica Bolis - Assessora em Legislação de Saúde/OPS
- Reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil
  Eliane Seidl - Coordenadora de Saúde Mental/DAPS/SAS/MS
- Debates

10:30 - 10:45h - Intervalo

10:45 - 12:30h - Mesa Redonda: Experiências Internacionais

- Proteção dos direitos humanos e civis em Psiquiatria Forense
  Júlio Arboleda Flores - Diretor do Departamento de Psiquiatria do Hospital Geral de Calgary/Canadá
- A Reforma Psiquiátrica na Espanha
  Manoel Desviat - Diretor do Serviço de Saúde Mental José Germain/Madrid
- Debates

12:30 - 14:00h - Almoço

14:00 - 15:30h - Mesa Redonda: Proteção dos direitos humanos e civis do paciente psiquiátrico no Brasil

- Paulo Delgado - Deputado Federal, autor do Projeto 8/91
- Sueli Dallari - Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário/Universidade de São Paulo
- Dr. Paulo Roberto Felix - Juiz Titular de Passo Fundo/Rio Grande do Sul
- Debates

15:30 - 15:45h - Intervalo

15:45 - 18:30h - Apresentação dos projetos de legislação psiquiátrica em nível estadual
Parlamentares dos Estados do Rio Grande do Norte, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, São Paulo e Distrito Federal

- Debates

DIA 9/11/93

8:30 - 12:00h - Continuação da discussão sobre os projetos de lei em nível estadual

12:00 - 14:00h - Almoço

14:00 - 18:00h - Plenária final, conclusões e definição de estratégias

ANEXO II

PARTICIPANTES

Alfredo Jorge Kraut	Organização Panamericana de Saúde
Alfredo Schechtman	Coordenação de Saúde Mental/DAPS/SAS/MS
Antonio Derli Gregório	Assembléia Legislativa/SC
Domingos Sávio do N. Alves	Deptº. de Assistência e Promoção à Saúde/MS
Edson Gutemberg de Sousa	Coordenação de Saúde Mental/SES-RN
Eliane Seidl	Coordenação de Saúde Mental/DAPS/SAS/MS
Florisvaldo Fier	Assembléia Legislativa/PR
Hilton Marques Villas Bôas	Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN
Humberto Sérgio Costa Lima	Assembléia Legislativa/PE
Itzhak Levav	OPS/Washington
Jane Maria Cordeiro Lemos	Coordenação de Saúde Mental/SES-PE
José Geraldo Vernet Taborda	FFFCMPA/RS
José Hélio Mello	Coordenação de Saúde Mental/SES-RJ
Júlio Arboleda Florez	Hospital Geral de Calgary/Canadá
Marta Elizabeth de Souza	Mov. Nac. da Luta Antimanicomial
Manoel Desviat	Serv. Saúde Mental J. Germain/Madrid
Manuel Júnior Souto de Souza	Assembléia Legislativa/RN
Marcos P. de Toledo Ferraz	Associação Brasileira de Psiquiatria
Milton Marques Medeiros	Federação Brasileira de Hospitais
Mirian Nadim Abou-Yd	Mov. Nac. da Luta Antimanicomial
Mônica Bolis	OPS/Washington
Neodir Ferreira da Mota	Secretaria de Saúde/DF
Paulo Roberto Félix	Poder Judiciário/RS
Pedro Gabriel G. Delgado	Deptº de Psiquiatria e Psicologia Médica/UFRJ
Paulo Delgado	Câmara dos Deputados
Raimundo Alonso B. de Aquino	Coordenação de Saúde Mental/SES-CE
Regina Maria de Souza	Câmara Distrital/DF
Roberto Gouveia Nascimento	Assembléia Legislativa/SP
Sueli Gandolfi Dallari	Centro de Est. e Pesq. em Direito Sanit./USP
Wasny de Roure	Câmara Distrital/DF

OUTROS CONVIDADOS QUE NÃO PUDERAM PARTICIPAR DO ENCONTRO:

Antonio Carlos Pereira	Assembléia Legislativa/MG
Beni Veras	Senado Federal
Benicio Tavares	Câmara Distrital/DF
Graça Fernandes	SOSINTRA/RJ
José Paulo Bisol	Senado Federal
Lúcia Souto	Assembléia Legislativa/RJ
Lucídio Portela	Senado Federal
Marcos Rolim	Assembléia Legislativa/RS
Mário Mamede	Assembléia Legislativa/CE
Valéria Noronha	SOS Saúde Mental/SP

Coordenadores de Saúde Mental dos demais estados da Federação

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE
Gabinete do Secretário

Ao Romero

DATA 27 / março / 1995

DESTINATÁRIO:
Senador Lúcio Alcântara

FONE/FAX:
061 323 5372

Total de folhas incluindo esta:
(Total pages including this)

MENSAGEM

Senhor Senador,

Em nome da Coordenação de Saúde Mental do Estado do Ceará e da Assembléia de Coordenadores de Saúde Mental do Brasil, reunidos em Brasília/DF nos dias 22 a 24 de março/95, venho pelo presente solicitar de V.Exa., todo empenho no sentido de que seja posto em tramitação o Projeto de Lei oriundo da Câmara no. 08 de 1991, aprovado naquela Casa e aguardando votação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado.

É um Projeto de Lei de grande interesse para a Saúde Mental do brasileiro, pois sinaliza para a reforma da saúde mental e conseqüente melhora da qualidade de assistência desses pacientes.

A aprovação do Projeto na íntegra como vindo da Câmara, tornaria mais ágil o processo, evitando o retorno do mesmo àquela Casa.

Dos substitutivos e emendas apresentadas, consideramos as mais pertinentes as emendas apresentadas pelo Senador Beni Veras, contudo, acreditamos que poderiam ser incluídas no Projeto de outra maneira, como acréscimos posteriores conseqüentes a vetos do Executivo ou outro forma legal ou jurificamente viável que V.Exa. julgar mais efetiva.

Lembro que enquanto tramita este Projeto em nível Federal, cinco Leis Estaduais foram sacionadas, entre elas, a do nosso Estado de no. 12.151, de 29.07.93, o que também reforça a necessidade da nova Lei Federal.

Certo de contar com o apoio de V.Exa., em meu nome e dos demais companheiros de luta pela melhor assistência aos doentes mentais, agradeço.

Atenciosamente,

Raimundo Afonso Batista de Aquino
COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO CEARÁ

Av. Almirante Barroso, 600 - P.de Iracema - 60060-440 - Fortaleza/CE - Fone: 231 6100 - Fax: 226 0819

Conselho Federal de Psicologia

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 11.ª REGIÃO (CRP - 11)

End. Av. Antonio Sales, 1516 - Sala: 24/26 - Edif. Tiziana - Aldeota - Fone: (085) 224.9773 CEP 60.135-100 - Fortaleza

Fortaleza, 12 de abril de 1995
FAX CRP-11 Nº 038/95

P/ Ronaldo

Exmo.Sr.
Dr.Lúcio Alcântara
M.D.Senador da República

O Ceará faz parte dos estados que já conta com sua lei de Reforma Psiquiátrica (Lei 12.151/93).

Congratulamo-nos com V.Sa., por ter sido eleito Relator do Projeto de Lei de Reforma Psiquiátrica a nível Nacional(Projeto de Lei nº 3.657/89 proposto pelo Sr.Paulo Delgado).

Conhecedores do trabalho Social desenvolvido pelo ilustre Senador no Estado do Ceará , sabemos dos esforços que envidará no sentido de ter aprovado o referido projeto que será de inestimável importância para a melhoria da saúde mental do povo brasileiro.

Na oportunidade renovamos os votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Conselho Regional de Psicologia-11ª Região
(Ceará/Piauí/Maranhão)

MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL DO CEARÁ
AV. ANTONIO SALES, 1516, GRUPO 24/25, FONEFAX (085) 224 97 73
FORTALEZA - CEARA

Fortaleza, 12 de abril de 1995
FAX CRP 11 Nº 039/95

P/ Romero

Exmo.Sr.
Dr.Lúcio Alcântara
M.D.Senador da República

O Ceará faz parte dos Estados que já conta com sua Lei de Reforma Psiquiátrica(Lei 12.151/93).
Congratulamo-nos com V.sa., por ter sido eleito Relator do projeto de Lei deReforma Psiquiátrica a nível Nacional(Projeto de Lei de nº 3.657/89 próposto peló Sr.Paulo Delgado).
Conhecedores do Trabalho Social desenvolvido pelo ilustre Senador no Estado do Ceará, sabemos dos esforços que envidará no sentido de ter aprovado o referido projeto que será de inestimável importância para a melhoria da saúde mental do povo brasileiro.
Na oportunidade renovamos os votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Movimento da Luta Antimanicomial do Ceará

Belo Horizonte, 18 de abril de 1995.

Exmo.Sr.
Dr. Lúcio Alcantara
DD. Senador do Ceará
Relator do Projeto nº08/91

A III Plenária Nacionl do Movimento de Luta Antimanicomial reunida no Rio de Janeiro nos dias 07, 08 e 09 de abril/95, tomou ciência que V.Exa. é o relator do projeto de lei nº 08/91 do Deputado Paulo Delgado que dispõe sob a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistencias e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

Para nós do movimento é fundamental que o nosso parecer seja favorável ao projeto considerando que uma Lei Nacional de Reorientação da Assistência Psiquiátrica para nosso país irá consolidar um processo, que vem se estruturando; seja pela iniciativa do poder público no âmbito Federal, Estdaual e Municipal na implantação de políticas de Asssitência voltada para a cidadania das pessoas portadoras de sofrimento mental; seja pela aprovação de leis estaduais (RGS, CE, PE, DF, MG); e também pelo crescimento e participação dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, entidades envolvidas e adeptos ao processo de mudança efetiva da relação da sociedade com a loucura e com os "ditos doentes mentais". Nesse sentido o projeto de lei aborda quatro aspectos fundamentais:

1º) Reafirma o direito de cidadania das pessoas portadoras de sofrimento mental.
2º) Propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços onde o portador de sofrimento mental possa ser tratado em regime de liberdade e próximo a uma comunidade.
3º) Regulamenta a internação compulsória (aquela realizada sem o consentimento do paciente).
4º) Garante o controle social nesse processo.

Esta lei é de fundamental importância, pois está em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, e atende aos anseios dos usuários que nunca tiveram sequer direito de se manifestar quanto ao seu tratamento. Estamos construindo uma sociedade democrática para todos os brasileiros. Precisamos de fato que os parlamentares (representantes do povo) sejam nossos aliados.

Contamos com vosso apoio em nossa luta.

Atenciosamente,

Marta Elizabeth de Souza

Secretaria Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial

(031) 539.2309

P/
Aprovo

P/
ROMEIRO

23812 N DFCD
23702TQSTM DF
27/1311
XDF94769 2706 1235 SCM/DF(RO1)
BRASILIA/DF

P/ ROMERO

URGENTE
DEP. LUCIO ALCANTARA
COMISSAO DE ASSUNTOS SOCIAIS
ALA SENADOR ALEXANDRE COSTA SALA 09
70165-900 BRASILIA/DF

ATRAVES DO PRESENTE O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VEM MANIFESTAR IRRESTRITO APOIO AO PROJETO DE LEI NR. 08/91 (3.657/89 NA ORIGEM), POR REPRESENTAR UM AVANCO IMPORTANTE NO TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL E NA RECUPERACAO DA DIGNIDADE DOS MESMOS JUNTO AA SOCIEDADE.

WALDIR PAIVA MESQUITA
PRESIDENTE DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REMETENTE
T611579
ASSINANTE TELEX

23812 N DFCD

CORREIOS TELEGRAMA RAPIDEZ E CONFIABILIDADE A SUA DISPOSIÇÃO
CORREIOS TELEGRAMA FONADO É CÔMODO, TELEFONE E PAGUE HOJE PARA DEPOIS

21/0948
FRA57310 2106 0939 SCM/DF(F29)
CENTROFONADO-PORTOALEGRE/RS

P/ ROMERO

URGENTE
SENADO FEDERAL
A/C. SENADOR ALCANTARA
PRACA TRES PODERES
/0165-900 BRASILIA/DF

MANIFESTAMOS NOSSO APOIO PARA APROVACAO PELO SENADO FEDERAL DA LEI
PAULO DELGADO REFERENTE A REFORMA PSIQUIATRICA.
CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE
PORTO ALEGRE/RS

REMETENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
(ANA PAULA 076)
AV. JOAO PESSOA 325
90040-000 PORTOALEGRE/RS

23512 N DFCD

TELEGRAMA RAPIDEZ E CONFIABILIDADE A SUA DISPOSIÇÃO
CORREIOS
TELEGRAMA FONADO É CÔMODO TELEFONE PARA A ECT HOJE E PAGUE DEPOIS
CORREIOS

cebes
centro brasileiro de estudos de saúde.

Brasília, 15 de maio de 1995.

Exmo. Sr.
SENADOR LUCIO ALCANTARA
Senado Federal
Brasília / DF

Prezado Senador :

O CEBES - CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAµDE - é uma entidade civil que congrega mais de 5.400 associados das diferentes áreas da saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas, sociólogos, etc.). A entidade existe desde 1976, tendo publicado nestes anos todos e de forma ininterrupta, a já tradicional revista "Saúde em Debate". Temos orgulho em afirmar que desde agosto de 1979, ocasião em que foi realizado o I Simpósio de Política de Saúde promovido pela então Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o CEBES foi a primeira entidade quepassou a defender os princípios que estaõ hoje consubstanciados na Carta Constitucional Brasileira no que se refere à saúde.

Nesta oportunidade, e com base em proposta aceita unanimemente em seminário por nós promovido em Brasília nesta semana, vimos à presença de Vossa Excelência apresentar o apoio irrestrito do CEBES ao projeto de Lei 08/92-C de autoria do deputado Paulo Delgado, que legisla sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos especializados, com a consequente substituição dos mesmos por outros meios e serviços assistenciais mais modernos e adequados ao melhor tratamento, cuidados técnicos e atenção sanitária dos pacientes mentais.

Entendemos que Vossa Excelência, como parlamentar oriundo dos setores da saúde, terá toda sensibilidade ao relatar positivamente a matéria no Senado da República, contribuindo com mais um avanço no setor sanitário do País e para a melhoria das condições de vidas dos doentes mentais que sofrem de abandono e de métodos superados em nossos tristemente famosos hospitais psiquiátricos.

Agradecendo antecipadamente a atenção que Vossa Excelência dispensar à esta, aproveitamos o ensejo para apresentar nosso respeito e admiração.

Atenciosamente ,

prof. VOLNEI GARRAFA,PhD
presidente

cebes
centro brasileiro de estudos de saúde.
Rua Souza Naves, 9 - Sala 109 - 1.º And. - Ed. Júlio Fugante - Fone: (043) 324-6173
CEP 86.010-921 — LONDRINA — Paraná

SELO

Exmo. Sr.

SENADOR LUCIO ALCANTARA

Senado Federal

Brasília / DF

RPC

CGM nº 652/GM 24/05/95

Ao Senhor
SÍLIO NASCIMENTO ANDRADE
Presidente do Departamento de Psiquiatria da
Federação Brasileira de Hospitais
SHIS-QI 17 - Conjunto 12 - Casa 14

71465-120 BRASÍLIA - DF

Senhor Presidente,

Em atenção à carta dessa procedência, datada de 11 de maio do corrente, informo que determinei o encaminhamento do assunto nela exposto à analise da área técnica da Secretaria de Assistência à Saúde deste Ministério, que emitiu o parecer que envio para o conhecimento de Vossa Senhoria, por cópia, nesta oportunidade.

Colocando esta Pasta a disposição para qualquer informação adicional, subscrevo-me atenciosamente.

ADIB D. JATENE
Ministro da Saúde

LSC/jsn

FEDERACÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SINPS - Sistema Integrado de Protocolo
Expediente nº 19320/95

Brasília, 11 de Maio de 1.995

MS - GM
Recebido em 11/05/95

Exmo. Sr.
Prof. Dr. Adib Domingos Jatene
MD. Ministro de Estado da Saúde
Brasília - DF

25000 GM
007786/95
-15 SCD

Senhor Ministro

Cumprimentando V. Exa., expressamos nossos agradecimentos pela atenção de nos conceder esta audiência. Mais ainda, Ministro, o nosso reconhecimento pelo trabalho que v. Exa. vem empreendendo de forma eficiente à frente desse Ministério.

Nós, prestadores de serviços, apresentamos a V. Exa. algumas considerações sobre a discussão da legislação psiquiátrica no Brasil, para, ao final, concluir e solicitar:

1 - Somos plenamente favoráveis à implantação de uma nova lei que normatize a assistência aos enfermos mentais em nosso país.

2 - Tramita, atualmente, no Congresso Nacional, Projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado que se distancia muito de uma lei psiquiátrica recomendável para o Brasil,

2.1 - O PLC-008, nasceu em 1.989, como "papel carbono" de uma Lei Italiana, surgida em 1.978, que propunha a extinção dos hospitais psiquiátricos, considerando-os, na época, instrumento de opressão das chamadas classes dominantes no mundo capitalista. Essa lei fazia parte de uma tendência político-ideológica de 30 anos atrás, chamada Anti-Psiquiatria.

Taisidéias hoje estão totalmente superadas, inclusive na própria Itália, onde atualmente lá existem mais de 100 hospitais especializados em Psiquiatria e dezenas de S.P.D.C.(Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura), e que são hospitais psiquiátricos de até 120 leitos.

2.2 - O Projeto também está desatualizado, do ponto de vista científico. A Organização das Nações Unidas, em Assembléia Geral aprovou e publicou, em dezembro de 1.991, os "Princípios Para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Metal e Melhoria da Assistência à Saúde Mental", recomendando que qualquer legislação Psiquiátrica atual, em todo o mundo, obedeça fundamentalmente a esses princípios (Anexo 1).

O Projeto Delgado não só os desconhece, como deles diverge. Omite, por exemplo, as liberdades fundamentais dos enfermos e seus direitos básicos (princípios 1 a 12 da ONU) sem os quais qualquer Lei é incorreta e, consequentemente, injusta.

O mesmo se dá em relação aos princípios 13 a 16 que rezam sobre "direitos e condições de vida que devem ter os enfermos mentais quando estiverem se tratando em estabelecimento de saúde mental". Logo, o Projeto de Lei em andamento já se mostra carente de reparos e atualização. Afinal, já se passaram 06 anos e o projeto, na época, visava essencialmente a extinção dos hospitais psiquiátricos, idéia hoje universalmente suplantada.

2.3 - Os últimos países que elaboraram suas legislações psiquiátricas, entre os quais destacamos o Canadá, Inglaterra, Espanha, México e, por último, a França (anexo 2), respeitaram os princípios da ONU. E porque a legislação psiquiátrica Brasileira não seguir essa linha universal?

2.4 - O Projeto, logo na sua Ementa, anuncia:

Extinção dosmanicômios" e no Artigo 1o. já fala em Hospital Psiquiátrico (Anexo 3). Como se vê, há uma perversa intenção de confundir os dois ambientes. Manicômio é estabelecimento medieval, gigante, de regime asilar. O Hospital Psiquiátrico é uma instituição moderna, atende a um número limitado de pacientes, preocupa-se com a assistência psicoterápica e medicamentosa e reintegração social e familiar do paciente.

Como extinguir todos hospitais psiquiátricos de um país, se isto não foi feito em parte alguma do mundo?

2.5 - O Projeto em questão vem sendo tocado por um partido político e, dia a dia, cada vez mais se identifica com sua ideologia partidária.

São vários os projetos de leis estaduais derivados do PLC - 008:

1 - Minas Gerais - Antônio Carlos Pereira/Antônio Fuzato - PT
2 - Rio de Janeiro - Carlos Minc/Rose Souza - PT
3 - Pernambuco - Humberto Costa - PT
4 - Santa Catarina - Idelvino Furlanetto - PT
5 - Rio G. do Norte - Júnior Souto - PT
6 - Rio G. do Sul = Marcos Rolim - PT
7 - Ceará - Mário Mamede - PT
8 - São Paulo - Roberto Gouveia - PT
9 - Distrito Federal - Wasny de Rouse - PT

2.6 - O PLC - 008 tem uma visão autoritária, tendo nascido sem consultas prévias, nunca discutido em plenário e se distancia, na sua origem, dos fatos e dos costumes do povo. Deveria ser um projeto consuetudinário.

2.7 - Nunca deverá ser confundido lei psiquiátrica com reforma psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica é um fato necessário, vem ocorrendo desde 1.990 através de Portarias do Ministério da Saúde e tem recebido, continuamente, a colaboração e contribuição da rede hospitalar privada.

SHIS - QI 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL.: (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2578 - CEP: 71645-120

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Os hospitais psiquiátricos, após elevados investimentos, estão, hoje, aparelhados com equipes multiprofissionais, formadas por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais, na proporção de uma equipe para 40 pacientes. Isto permite, inegavelmente, oferecer uma assistência de muito melhor nível e qualificação especializada.

3 - Conclusão

Senhor Ministro! O leque das desordens mentais é imenso. Os acometidos de distúrbios leves podem tratar-se em qualquer tipo de hospital ou, em sua grande maioria, em serviços intermediários e ambulatoriais. Os pacientes padecendo de distúrbios mentais graves que tenham afetado fortemente seu relacionamento familiar e social, obviamente, devem ser tratados em hospitais psiquiátricos bem estruturados. Esse é o comportamento adotado em todos os países desenvolvidos.

Não há, portanto, sistema de atendimento alternativo para esse tipo de doente grave, para o qual o Hospital Psiquiátrico é indispensável.

Enfim, pelo exposto, solicitamos:

1 - Que o Ministério da Saúde analise, aprofunde e formule juízo atual sobre o Projeto em foco.

2 - Que o Ministério da Saúde sugira ao Legislativo, a elaboração de um substitutivo, onde sejam respeitadas as linhas gerais da Carta de Princípios da ONU.

Respeitosamente,

Silio Nascimento Andrade
Pres. Dep. de Psiquiatria da FBH

Milton Marques Medeiros
Dep. Psiq. da CNS

SHIS - QI 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL.: (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2578 - CEP: 71645-120

Ministério da Saúde
Secretaria de Assistência à Saúde
Departamento de Assistência e Promoção à Saúde
Coordenação de Saúde Mental

Senhor Ministro,

Em relação ao expediente 19320/95 de 11 de maio, temos as seguintes considerações:

1ª. O Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, aprovado na Câmara Federal em 14 de dezembro de 1990, com o apoio do Executivo, recebeu Parecer de Aprovação da Coordenação de Saúde Mental em 1991, pelos seguintes motivos:

1.1 - O Projeto é coerente com as Diretrizes do Ministério da Saúde contidas no chamado Plano Qüinqüenal de Saúde, de 1990, no que se refere a mudança de modelo assistencial, substituindo o hospital psiquiátrico por outros recursos contemporâneos ligados à rede geral de serviços de saúde e com suporte comunitário.

O outro destaque positivo do Projeto é a inclusão do dispositivo legal que possibilita questionar a internação involuntária, prática freqüente na assistência psiquiátrica.

Em 05.06.91, em Audiência Pública na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal defendemos o nosso ponto de vista, submetendo-o a partir de então a profícuo debate na sociedade.

Em dezembro de 1992, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que tive a honra de coordenar, recomendou a aprovação do referido Projeto.

1.2 - Desde 1991 até o presente momento temos tido oportunidade de sugerir aos diversos relatores do Projeto no Senado, propostas de aperfeiçoamento, tais como:

1.2.1 - Alteração da ementa retirando o texto "Extinção" por "Substituição Progressiva", que não altera o objetivo final, mas caracteriza o processo de concorrência e impede o desmantelamento e a desassistência.

1.2.2 - Alteração no tempo de comunicação a autoridade judiciária, no caso de internação compulsória, de 24 para 72 horas.

1.2.3 - Inclusão, como já é norma do Conselho Nacional de Saúde - Resolução nº 93 de 20.12.93 - dos Representantes do setor privado contratado na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica.

Portanto, consideramos o Projeto atualizado, pois consolida no dispositivo legal a tendência atual, sendo indicativo quanto ao objetivo e contemporâneo quanto às premissas e princípios que regem a nova prática, em expansão, orientada por instrumentos administrativos dos três níveis gestores do SUS e convalidada majoritariamente pela sociedade.

Os dados que confirmam a expansão da nova prática e a substituição real a partir de 1991:

HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS - SIH/SUS		
	1991	1995
PÚBLICO	54	55
PRIVADOS	259	228
TOTAL	313	283

LEITOS PSIQUIÁTRICOS - SIH/SUS		
1991	1995	
86.037	71.469	2.065 EM 82 Hospitais Gerais

NAPS/CAPS - SIA/SUS - 1994	
1991	1995
03	124

HOSPITAIS - DIA Funcionando - 44

- Capacidade Potencial da Rede Extra-hospitalar"

H -D e HG - ∓ 4.000 atend./int/dia

TMP HG → 17 dias - TMP HP → 60 dias

- Capacidade Potencial dos NAPS/CAPS: 5.500 pac/dia

E ainda a expansão da chamada rede ambulatorial complexa composta de oficinas terapêuticas, atendimento grupal e centros de convivência, com significativa implantação nos dois últimos anos.

Assim, no sentido temporal, o Projeto de Lei 08/91 tem analogia com a Lei do Sistema Único de Saúde (8080/90 e 8142/91): indicativo quanto ao objetivo e consolidativo quanto à fase em curso; na LOS o consolidado era o acumulado das AIS e SUDS e no Projeto em questão o consolidado é a falência técnica do modelo anterior e sua substituição segura e relativamente rápida pelo modelo mais contemporâneo.

2ª. Em novembro de 1993 a Organização Panamericana da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil organizaram uma Oficina de Trabalho, de três dias, sobre Legislação Psiquiátrica: Participaram juristas, prestadores públicos e privados de serviços, legisladores federais e estaduais, coordenadores de programas, assessores técnicos, consultores estrangeiros da OPS e onde se produziu um Relatório Final (Anexo), com algumas recomendações consensuais e pontos divergentes.

Entre as recomendações consensuais destaca-se a imperiosa necessidade de se ter uma Lei de Assistência, atualizada, contemporânea ao conhecimento científico, que leve em conta os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, que seja clara e que assim se perenize o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica, tendência esta inquestionável para todos os participantes.

Nesta Oficina, a representação do Ministério da Saúde defendeu, entre os pontos polêmicos, que a Lei deva ser clara, concisa, porém genérica, indicativa e atemporal e que, o específico, seja objeto de regulamentação pelo Executivo no que se refere à administração e pelos Conselhos Profissionais no que se refere à ética do exercício profissional.

Cabe lembrar, como feito pelo representante da Associação Brasileira de Psiquiatria na reunião, que um grupo de especialistas tentou em 1989, convocado pela então Divisão Nacional de Saúde Mental, propor um Projeto de Lei, que revogasse todos os conteúdos do Decreto 24.559 de 03.07.34, portanto, estabelecendo uma nova Lei de Assistência para os doentes mentais e alterando as relações da Justiça com a Psiquiatria, no que refere às responsabilidades civil e penal.

A idéia não prosperou dada a sua complexidade, além do que, convocado pelo Executivo Federal, um grupo de juristas já se empenhava na elaboração da revisão dos códigos civil e penal.

A Coordenação de Saúde Mental, ao apoiar no texto do Projeto Paulo Delgado, a nova Lei de Assistência, não se descuidou dos outros aspectos

do Decreto 24.559/34, convocando grupo de assessores para sugerir propostas de revisão daqueles dispositivos, o que esperamos estar concluindo, junto com a área jurídica deste Ministério, até início do próximo semestre.

3ª. Não considero oportuno neste documento fazer uma análise detalhada dos termos expostos no expediente remetido a V. Excia. Prefiro analisá-lo com os remetentes e gostaria de deter-me na análise da proposta da Federação Brasileira de Hospitais.

A Federação, devo lembrar, patrocinou em 1991 um substitutivo na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, apresentado pelo Senador Lucídio Portela. Tivemos oportunidade de analisá-lo para o então relator senador Beni Veras e desaprová-lo, por propor uma "mudança" que não muda: o hospital psiquiátrico, com emergência psiquiátrica continuava como o centro de tratamento das pessoas com transtornos mentais, o que é na verdade, o problema do nosso modelo assistencial.

Agora, a pretexto de atualização, propõe que se elabore um substitutivo tendo como base a Carta de Princípios da ONU, dos direitos dos portadores de transtornos mentais, promulgada em 1991.

Inicialmente lembrar que a referida Carta de Princípios é regulamento no Brasil-Resolução 1.407 - DOU de 15.06.94, do Conselho Federal de Medicina, muito coerentemente com recente análise de um Grupo de Trabalho convocado pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, que sugere "diplomas éticos" na regulamentação da relação dos profissionais com as pessoas portadoras de transtornos mentais. Lembro ainda que a publicação da referida Resolução foi precedida de um Seminário promovido pelo C.F.M., com participação da OMS e FBH.

Anexo, documento de "circulação reservada" da Organização Mundial da Saúde com sugestões de diplomas legais - Lei - Regulamento - Norma, produzido pelo referido Grupo de Trabalho.

No entanto, o que é curioso na proposta da Federação, é que ao mesmo tempo que propõe seja a Carta de Princípios a base do Projeto de Lei, argüi a constitucionalidade da Lei 11.802, de 18.01.95, de Minas Gerais que tem como texto exatamente a referida Carta de Princípios.

No nosso entendimento o Projeto original - 08/91, com as emendas sugeridas é coerente com a carta da ONU, é conciso, atemporal e aplicável, portanto oportuno.

Brasília, 22 de maio de 1995

Domingos Sávio do N. Alves
Coordenador de Saúde Mental
DAPS/SAS/MS

30.000 folhas - 02/94

Os quatrocentos participantes do ENCONTRO BRASILEIRO DE REABILITAÇÃO

Romero

8º CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS

P/ Congresso

CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA COMO ESTRATÉGIA DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL

TEMA: Serviço Social na Perspectiva da Seguridade Social
SUBTEMA: Saúde Pública e Privada

Autoria:

Assistentes Sociais

. Ana Lúcia Correa e Castro
. Eva Teresinha Silveira Faleiros (Supervisora)
. Maria da Anunciação S. Castro Alves
. Maria Fatima de Mesquita
. Raimunda da Rocha Viana
. Rita de Cássia Dias

Maio/1995

INTRODUÇÃO

O objeto desta comunicação é a descrição e análise do processo de construção da cidadania dos usuários, seus familiares e servidores do Instituto de Saúde Mental (ISM), no processo de sua transformação em Comunidade Terapêutica, e o papel e participação da equipe do Serviço Social nesta transformação.

O ISM é uma instituição pública, da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, destinada à atenção de adultos acometidos de transtornos mentais, em pré e pós crise. Fundado em 1987, funciona em uma granja, a 25 quilômetros da Praça dos Três Poderes, em instalações de antiga residência presidencial no governo militar. Trata-se de local privilegiado, extremamente aprazível, amplo e bem conservado.

Atualmente o ISM adota a perspectiva antimanicomial. O atendimento se realiza em Hospital-dia (70 usuários), Núcleo de Reinserção Social (50, a maioria do ambulatório) e Ambulatório (120). O trabalho é executado junto às redes primárias e secundárias, com ênfase na intervenção grupal, com famílias e em oficinas de capacitação e de produção. A equipe técnica é formada por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, que atuam interdisciplinarmente.

A equipe do Serviço Social conta atualmente com sete assistentes sociais, três auxiliares sociais e um agente administrativo. Alguns destes técnicos participaram das diferentes etapas pelas quais passou o ISM. A formação é feita em serviço e há dois anos conta a mesma com supervisão sistemática.

HISTÓRICO DO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL

Desde sua criação, em junho de 1987, o ISM passou por três etapas, caracterizadas por distintas orientações. O projeto original previa a criação de um hospital-dia, na Granja do Riacho Fundo.

Na **primeira etapa**, compreendida entre junho de 1987 e janeiro de 1991, o ISM teve três diretores, cuja substituição ocorria quando da mudança de Secretários de Saúde. A orientação seguida, então, caracterizou-se pela humanização do atendimento em hospital-dia, numa perspectiva holística, com atendimento de enfermagem, psiquiátrico, psicológico, de serviço social e terapia ocupacional, e com atividades como yoga, acupuntura, bio-dança e alimentação natural, implementadas no decorrer desta fase. Tratava-se de concepção centrada nas atividades internas.

O Serviço Social no ISM contava inicialmente com uma assistente social, o atendimento era individual, em resposta à demanda dos usuários. No decorrer desta etapa, com a ampliação da equipe técnica, houve tentativas de implantação de uma proposta de trabalho na perspectiva histórico-estrutural (Maurice Moreau) e de participação dos usuários, que não chegou a ser implementada.

Em fevereiro de 1991, inicia-se a **segunda etapa.** Tendo assumido a Secretaria de Saúde, o deputado federal Dr. Jofran Frejat nomeia uma nova direção do ISM, que permeneceu no cargo até fevereiro de 1992. Esta administração promoveu mudanças que alteraram e comprometeram a concepção até então adotada. Apesar de estruturas aparentemente novas, como hospital-dia e ambulatório de egressos, esta fase do ISM caracterizou-se por uma concepção terapêutica, com ênfase na doença e no atendimento psicológico, médico e na terapia ocupacional, em práticas manicomiais e tutelares, em relações de poder não democráticas e na hegemonia psi-medical.

O Serviço Social busca uma prática com grupos, é boicotado, e tem suas funções desqualificadas, sendo visto como mero cumpridor de tarefas e providências.

CIDADANIA EM PROCESSO

Em março de 1993 assume a Secretaria de Saúde o Dr. Carlos Santana, ligado historicamente ao Movimento de Reforma Sanitária, que nomeia para direção do ISM a Dra. Maria Henriqueta Cama

rotti Costa, membro da comissão de implantação do ISM e de sua equipe técnica, que havia sido afastada pela direção que assumiu em março de 1991. Inicia-se, então, sua **terceira e atual etapa.**

A nova direção propõe que o ISM se transforme em comunidade terapêutica, o que implica:

- mudança nas relações de poder - até então centrado nos técnicos - por uma horizontalidade do poder, ou seja, a participação de técnicos, usuários, familiares e sociedade civil organizada no processo decisório relativo à comunidade do ISM;
- substituição do modelo médico/terapêutico centrado na doença e tutela dos usuários, por outro, centrado na saúde, nas potencialidades dos membros da comunidade e na promoção da sua autonomia e criticidade;
- resgate da identidade de cidadão dos usuários e sua reinserção social;
- abertura do ISM à sociedade, ou seja, articulação permanente através de parcerias.

A equipe do Serviço Social viu-se fortalecida e viabilizada pelo fato de haver sintonia entre sua concepção e a proposta da nova direção, tendo se tornado um de seus principais aliados.

O Serviço Social do ISM buscou supervisão como forma de garantir a construção de uma prática-teórica profissional da comunidade terapêutica na perspectiva antimanicomial.

Iniciou-se pela construção de uma metodologia do Serviço Social, tendo como referencial teórico: o paradigma da comunidade terapêutica na perspectiva antimanicomial e os modelos de intervenção histórico-estrutural e o de redes. Foi definido como OBJETO do Serviço Social as diferentes ALIENAÇÕES a que é submetido o doente mental, e como OBJETIVOS as DESALIENAÇÕES (familiar, econômica, laboral, cultural e política). Neste momento o MÉTODO adotado foi o de redes. Posteriormente foi elaborado um quadro sobre os objetivos, funções e atividades do Serviço Social no ISM.

A direção adotando como estratégia inicial a democratização do acesso, passa a divulgar o ISM como instituição pública a serviço de toda a população do Distrito Federal. É importante salientar que, até então, a clientela do ISM era elitizada, sendo comum admissões por indicações políticas.

Foram estimuladas atividades coletivas, com o engajamento de usuários, familiares e com a participação de pessoas e grupos da sociedade, com os objetivos de desestigmatizar a doença mental, abrir o ISM e clarificar sua proposta.

Criou-se novas estruturas internas, como assembléias comuni

tárias, o Centro de Estudo em Saúde Mental (CESM) e o Núcleo de Reinserçao Social Franco Bassaglia, este na perspectiva laboral produtiva.

Houve mobilização e o estabelecimento de alianças com entidades e instituições públicas e privadas. Além disso foram criadas estruturas organizativas que ampliariam e fortaleceriam o poder da comunidade terapêutica, impedindo que ingerências políticas ameaçassem sua existência, tais como o Conselho Comunitário e Cooperativa CABESSA, e fortalecida a aliança com a Associação dos Amigos da Saúde Mental (ASSIM), entidade de familiares dos usuários.

Percebeu-se, então, que o ISM necessitava de um Plano Diretor para o ano de 1994, como instrumento indispensável à clareza interna e à visibilidade externa de sua proposta. Neste sentido foram realizados um seminário interno e outro com participação ampliada.

O primeiro, entre técnicos, teve como objetivo a explicação e superação das contradições internas, surgidas com a implantação da comunidade terapêutica numa perspectiva antimanicomial, e que permeavam as relações interpessoais.

O segundo seminário estendeu a participação aos usuários, familiares, Conselho Comunitário do ISM, ASSIM e Movimento Pró Saúde Mental do Distrito Federal, o que contribuiu significativamente para o fortalecimento da proposta do ISM e para a legitimação do referido plano.

Cabe salientar que o processo de elaboração deste plano, constituiu-se numa iniciativa inovadora no setor público no Distrito Federal, e expressão de co-gestão e de cidadania.

Em 1993 o SERVIÇO SOCIAL do ISM centrou sua ação principalmente nas desalienações cultural e laboral dos usuários.

Considerava-se que a desalienação cultural seria importante enquanto resgate da identidade dos usuários e ampliação de seus horizontes. Neste sentido foram organizadas atividades internas e externas, tais como festa regional, com intensa participação dos usuários e familiares (comidas, danças, músicas, trajes típicos), festa dos anos 60, visita a museus, a exposição das obras do Bispo do Rosário, ao Catetinho, ao Palácio da Alvorada e realização na comunidade de feira artesanal com a produção dos usuários e de outros artesãos e comidas típicas preparadas por familiares.

Foi enfatizada a desalienação laboral, através da reintegração no trabalho, capacitação e produção em oficinas no ISM, enca

minhamento a cursos externos, acessos a direitos previdenciários e trabalhistas. O Serviço Social tomou a si a responsabilidade do acompanhamento do processo reinserção dos usuários no mundo laboral. Concomitantemente foi criado o Núcleo de Reinserção Social (ao qual estavam subordinadas todas as oficinas de produção), coordenado pelo Serviço Social.

A partir de conteúdos apresentados pelos usuários, relativos a situações de dominação, desqualificação, tutela e exclusão, por eles vivenciados em seu cotidiano familiar, institucional e social, foi criado, então, o primeiro grupo de Serviço Social, para trabalhar esses conteúdos. Face aos resultados obtidos, a experiência foi ampliada e atualmente todos os assistentes sociais da equipe e todos os usuários encontram-se engajados neste trabalho.

O grupo, que inicialmente se chamava "grupo do Serviço Social", passou a se auto-denominar "grupo de cidadania", porque naquele este tema era recorrente. Uma das características inovadoras destes grupos é que a participação neles é voluntária.

É importante salientar que, tão logo assumiu, a nova direção nomeou uma ssistente social como coordenadora do ambulatório de egressos do hospital-dia do ISM. Procedeu-se a reorganização do mesmo, através de um processo de planejamento participativo.

Em fevereiro de 1994, reassume a Secretaria de Saúde o já referido Dr. Jofran Frejat, com mandato definido de 40 dias, e exonera a diretora, Dra. Maria Henriqueta Camarotti. Frente a isto, profissionais, usuários e familiares se mobilizam de forma maciça, bem como entidades internas (Cooperativa CABESSA, Conselho Comunitário e CESM), além de diversas entidades locais, nacionais e internacionais. Parlamentares do DF e federais, de diferentes partidos políticos, também apoiaram a causa. O movimento sindical reconheceu nesta luta a defesa da qualidade dos serviços públicos, uma inovação da luta sindical no DF. Os diversos segmentos envolvidos na luta mobilizam a mídia, que franquiou seus espaços, viabilizando que a comunidade do DF fosse informada e esclarecida sobre o que vinha ocorrendo no e com o ISM.

Em conseqüência desta mobilização a Secretaria de Saúde retroagiu e decidiu, em reunião fechada, nomear o então vice-diretor, para assumir o cargo de diretor, o que garantia a continuidade da proposta e a execução do Plano Diretor do ISM/94.

Buscando criar condições políticas para execução de seu Plano Diretor, em 1994 o ISM dá ênfase à articulação política, e com a imprensa, como forma de divulgar sua proposta e buscar

aliados para sua consolidação.

Através do fortalecimento do sistema de parcerias e de maior envolvimento nas redes sociais consolida-se a articulação do ISM com o "extra muros".

Estando cada vez mais comprometido com a causa da saúde mental, o ISM se engaja na Luta Pró Saúde Mental, através do Movimento de Luta Antimanicomial. Participa da elaboração do Plano de Saúde Mental do DF, que propõe a reforma psiquiátrica.

É dado início ao processo de transição do trabalho multidisciplinar para o interdisciplinar, criando-se estruturas colegiadas para admissão (com representantes de cada setor profissional e direção) e para tratamento e alta pelas Unidades Interdisciplinares de Referência (UNIR'S).

O ISM designou assistentes sociais para a Comissão de Supervisão, Controle, Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos do DF, e para a comissão que elaborou o Plano de Saúde Mental do DF. Internamente uma assistente social foi nomeada gerente da Seção de Informação e Documentação para a Saúde.

Cria-se a oficina de jornal, como forma de expressão dos usuários e do ISM, que reforça e valoriza o trabalho de desalienação e cidadania, que já vinha sendo realizado pelo Serviço Social. Concomitantemente é inaugurada a oficina de arte integrada, que visa o resgate sócio-cultural e artístico dos usuários, sob a coordenação de um auxiliar social.

O Serviço Social, priorizando a desalienação política, adota como estratégia a construção da cidadania dos membros da comunidade do ISM, nas assembléias comunitárias, nas comissões de trabalho e nos grupos de cidadania.

Quando do processo eleitoral, o Supremo Tribunal Eleitoral, ao tomar conhecimento pela imprensa de que no ISM estava sendo organizada uma simulação das eleições, procurou o Serviço Social oferecendo-se para colaborar com esta atividade. Solicita e obtém do ISM subsídios para a definição, na legislação eleitoral, do voto do usuário de saúde mental, por ser a mesma omissa neste aspecto.

Nos grupos de cidadania os usuários demandam discutir sobre a sucessão do governo do DF, o que resulta na organização de um debate da comunidade do ISM com candidatos e que contou com a participação dos diversos seguimentos do ISM, autoridades da rede pública de Saúde Mental, Conselhos Profissionais, sindicatos, UnB e candidatos a deputados distritais. As perguntas dos usuários, formuladas na base, foram dirigidas aos candidatos a gover

nador por delegados.

O Serviço Social promoveu e organizou a participação de usuários do ISM na Plenária Nacional da Luta Antimanicomial, realizada em Goiânia, com o objetivo de ampliar sua percepção e raio de ação, fortalecendo sua identidade de cidadão e sua reinserção social.

Os usuários, em debate com o Coordenador do Movimento Pró Saúde Mental do DF, num grupo de cidadania, elaboram documento com reivindicações, que é encaminhado ao Secretário de Saúde.

Nos grupos de família, o Serviço Social, respaldado na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental e na supervisão, opta por dar-lhes um caráter de ajuda mútua e não mais de "atendimento individual coletivo".

No campo acadêmico o Serviço Social do ISM, além de oferecer estágio, mantém intercâmbio com o Departamento de Serviço Social da UnB.

Usuários e familiares participaram com mais autonomia na elaboração do Plano Diretor do ISM para 1995, não sendo tutelados em nenhuma das fases do processo.

Em 1995 partidos de orientação progressista assumem o governo do DF e a Secretaria de Saúde define-se claramente pela perspectiva antimanicomial.

Atualmente uma assistente social participa do Conselho Regional de Saúde como representante do ISM, ampliando assim a atuação do Serviço Social nas estruturas políticas/decisórias do DF.

O Serviço Social vem ampliando o intercâmbio e parcerias com organismos locais e federais. Destaca-se a articulação com a Secretaria de Trabalho, cujo desdobramento vem sendo a elaboração do projeto único de capacitação e reinserção dos portadores de necessidades especiais no mercado de trabalho.

É iniciado pelo Serviço Social um trabalho em grupo, na comunidade, com os usuários do ISM nela residentes, visando a intervenção em redes.

Os usuários passam a assumir a coordenação das assembléias comunitárias, e com a assessoria técnica do Serviço Social fundam a Associação dos Usuários de Saúde Mental do DF - ASSUME - (com apoio da Comissão de Direitos Humanos da OAB/DF). Participam da Plenária Nacional da Luta Antimanicomial, realizada no Rio de Janeiro, a partir da qual coordenam a mobilização no DF, com vistas à aprovação do Projeto de Lei Paulo Delgado.

AVALIAÇÃO

A mudança de paradigma, no ISM a partir de 93, implicou, na sua prática cotidiana, em contradições. Embora a construção da comunidade terapêutica no ISM venha se constituindo numa tarefa coletiva permanente, ainda hoje se manifestam atitudes e práticas de concepções manicomiais e antimanicomiais, bem como a luta pelo poder profissional.

Durante o processo de transição para nova proposta, o Serviço Social sentiu a necessidade de clarificar seu papel, recorrendo à supervisão sistemática. Percebeu, então, que sua fragilidade nas duas primeiras etapas pelas quais passou o ISM, se deveu, principalmente, ao fato de não ter definidos o referencial teórico, objeto, objetivos e método de sua prática, o que veio a acontecer com a supervisão, resultando numa mudança quantitativa e qualitativa de sua ação.

O Serviço Social, ao priorizar como estratégia o resgate da identidade do usuário e a construção de sua cidadania, viabilizou o aumento do poder de informação e de decisão do mesmo, seu engajamento na luta antimanicomial, e conseqüentemente a mudança de sua identidade de doente mental para a de cidadãos de direitos.

O grupo de cidadania revelou-se um importantíssimo espaço de expressão da identidade individual e coletiva dos usuários enquanto cidadãos e espaço de construção de um novo modo de sentir, pensar e agir. Os grupos de cidadania no ISM/DF significam uma experiência inovadora do SS junto a usuários de Saúde Mental do DF, representando entretanto, um desafio para a práxis do Serviço Social.

CONCLUSÃO

A experiência do Serviço Social numa instituição pública de atenção à pessoa acometida de transtorno mental, em processo de transformação de comunidade terapêutica numa perspectiva antimanicomial, evidenciou que ele ocupa a linha de frente em importantes etapas do processo terapêutico, fundamentalmente no que se refere a reinserção social dos usuários.

Pode-se afirmar que o Serviço Social no ISM, ao dar ênfase à intervenção grupal no processo de construção da cidadania plena dos usuários, obteve significativos resultados quantitativos e qualitativos. Isto lhe valeu reconhecimento, tanto internamente, quanto de diversos segmentos da sociedade do DF.

Conclui-se que é fundamental que o Serviço Social adote uma metodologia que vise o fortalecimento do poder dos membros da comunidade terapêutica (usuários, familiares, servidores e sociedade organizada) e a mudança na correlação de forças, o que garante que a mesma não fique a mercê de interesses e do poder políticos externos a ela, e possa enfrentá-los, como ocorreu no ISM em fev/94. Desta forma todos os segmentos envolvidos tornam-se sujeitos no processo de deshierarquização do poder.

Esta metodologia, concretizada no cotidiano institucional, ao ser comunicada aos usuários e seus familiares desde o momento de admissão no ISM, lhes confere desde logo o status de sujeito e o direito de contestação, contribuindo ao processo de superação das múltiplas alienações a que vinham sendo submetidos e a mudança da identidade do usuário, de doente para cidadão.

Trata-se de um desafio para a prática do Serviço Social apontar, e contribuir à superação das contradições que permeiam a comunidade terapêutica do ISM, bem como as contradições externas a elas e originadas no processo de desinstitucionalização, na perspectiva antimanicomial, de uma instituição psiquiátrica.

BIBLIOGRAFIA

BADARACCO, Jorge E. Garcia - Comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura multifamiliar. São Paulo, Casa do Psicólogo/ Clínica Roberto Azevedo, 1994.

BARBALET, J. M. - A cidadania. Lisboa, Editorial Estampa, 1989.

BASAGLIA, Franco - A instituição negada. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BERENSTEIN, Isidoro - Família e doença mental. São Paulo, Editora Escuta, 1988.

BRODEUR, Claude e ROUSSEAU, Richard - L'intervention de réseaux - une pratique nouvelle. Montréal/Québec, Éditions France-Amérique, 1984.

COOPER, David - Psiquiatria e anti-psiquiatria, São Paulo, Editora Perspectiva, Coleção Debates nº 76.

COURE, Maria de Lourdes M. - O que é cidadania. São Paulo, Brasiliense, 2ª edição, 1993, Coleção Primeiros Passos.

DEMO, Pedro - Participação é conquista. São Paulo, Cortez, 1988.

FEIJÓ, Matin Cezar - O que é política cultural. São Paulo, Brasiliense, 1983.

FERREIRA, Nilda Teves - Cidadania - uma questão para a educação. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1993.

GOSSMAN, Erving - Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

JORDAN, William - O assistente social nas situações de família. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

MARSIGLIA, G. e Alli - Saúde mental e cidadania. São Paulo, Edições Mandacaru, 1990.

MOFFAT, Alfredo - Psicoterapia do oprinido. São Paulo, Cortez, 5ª edição, 1994.

MOREAU, Maurice - "O enfoque estrutural em Serviço Social: o resultado de um itinerário crítico", in revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Cortez nº 23, ano VIII, abril, 1987, pp. 45-67.

NOËL, Lise - L'intolérance - une problématique générale. Québec, Boréal, 1989.

NOGUEIRA, Mazda J. e CECCON, Claudius - Seu direito está em jogo! Como transformar a lei em ações concretas a seu favor. Brasília, INESC, 1994.

SPINK, Mary Jane Paris - A cidadania em construção - uma reflexão transdiciplinar. São Paulo, Cortez, 1994.

PLANO DIRETOR DA SAÚDE MENTAL DO DF, Brasília, Secretaria de Saúde/Fundação Hospitalar, Coordenação de Saúde Mental e Psiquiatria, 1994.

OPAS - REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA: BASES CONCEITUAIS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO, Caracas/Venezuela, 1990.

PROJETO DE LEI nº 3.657/89, Brasília, Câmara dos Deputados (Lei Paulo Delgado).

Revista Service Social. Nº especial sobre intervenção de redes. Québec, PUL, 29(3), 1980.

0606.1619

23812 W BFCD
27241 Y MGBM
06.06.95 16:12
BET01027 0606 1555
BETIM/MG

Romero

TELEGRAMA
SENADOR LUCIO ALCANTARA
PRACA DOS TRES PODERES
BRASILIA/DF(70169-970)

SENHOR SENADOR SOLICITAMOS VOCENCIA EMITIR PARACER FAVORAVEL PROJETO LEI 008/91 REFORMA PSIQUIATRICA ANSEIOS PORTADORES E FAMILIARES DOENTE MENTAIS. ANTECIPADAMENTE AGRADECEMOS .

REMETENTE
MARIA DO CARMO LARA - LIDER PT CAMARA DE BETIM
AV GOVERNADOR VALADARES 241
CENTRO
BETIM/MG(32510-010)

23812 W BFCD
27241 Y MGBM

CORREIOS TELEGRAMA RAPIDEZ E CONFIABILIDADE A SUA DISPOSIÇÃO
TELEGRAMA FONADO É CÔMODO TELEFONE PAGUE DEPOIS ECT HOJE E PAGUE PARA

...SELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 7a.REGIÃO

Porto Alegre, 07 de junho de 1995.

Ilmo. Sr.:

Conforme correspondência enviada em 19 de abril p.p., vimos reiterar junto a V.Exa. a importância da aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil que deverá ser colocada em votação neste dia 08 de junho.

Respeitosamente.

Maria de Fátima Fischer

Conselho Regional de Psicologia-7a.Região

Fórum Gaúcho de Saúde Mental

Jfc 025/95 Porto Alegre, 07 de junho de 1995.

Senhor Senador: (a)

Em julho de 1992, a Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, aprovou de forma unânime e pioneira, a Lei da eforma Psiquiátrica no Estado. Projeto de nossa autoria. Sendo modelo para iniciativa em outros estados brasileiros.

Considerando fundamental que iniciativas como esta transformam a perspectiva da Saúde Mental em todo Brasil, vimos, por meio deste, solicitar a Vossa Excelência, um posicionamento favorável a Lei nº 08/91, em tramitação no senado, o que, com certeza, contribuirá para a melhoria da qualidade de atendimento da Saúde Mental em nosso país.

Sem mais para o momento, envio-lhe votos de apreço e consideração

Atenciosamente,

MARCOS ROLIM
DEPUTADO ESTADUAL PT

Conselho Federal de Nutricionistas
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS — 2.ª REGIÃO
Rio Grande do Sul e Santa Catarina
Rua dos Andradas, 1560 - 20.º Andar - Conj. 2015 - Edifício Galeria Malcon
Fone/Fax (051) 224-58-23 - Porto Alegre - RS - CEP 90026-900

DO: CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 2ª REGIÃO

PARA: SENADORA EMILIA FERNANDES - PTB

FAX Nº: (061) 323.5994

Nº DE PÁGINAS: 01

TEXTO:

O Rio Grande do Sul orgulha-se por ser o Estado pioneiro na transformação do modelo assistencial em Saúde Mental, assegurada pela lei da Reforma Psiquiátrica, aprovada em 31.06.92, por unanimidade.

Acreditamos, que este esforço de transformação não deva ser privilégio do RS. Desejamos que atinja todo Brasil. Cabe ressaltar o comprometimento e posicionamento do Ministério da Saúde neste processo. Haja visto recente campanha publicitária, cujo tema é a mudança de assistência psiquiátrica, visando a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Pelo exposto, solicitamos seu posicionamento favorável à Lei Nº 08/91, em tramitação no Senado, o que, com certeza contribuirá para a melhoria da qualidade de Saúde Mental do Povo Brasileiro.

Cordialmente.

CARLOS ANTONIO DA SILVA
PRESIDENTE
CRN-2 1288

APR. 24 '95 16:09 CONS. REG. NUTRIC. 2ª REGIAO 051 2245823 P. 01

P/ Romero

Dr. Cláudio Cals de Oliveira
Médico

12/6/95

p/ Romero

Prezado Lúcio

A campanha do JB e da Isto É, coordenadas por conhecidos xiitas da comunidade, faz o diabo para defender o indefensável. Até uma entrevista foi criada com Dr. J.A. Costa e Silva que, em comunicação pessoal por telefone de Genève, negou totalmente o que a ele foi atribuído.

Vou hoje mandar um xerox de 7/6/95 provindo de Jorge Alberto e que, em parte e resumidamente, dá a posição da W.H.O. quanto à questão dos fenociclos e do projeto Paulo Delgado.

CRM - 52 11005 - 6
CPF - 042100507/68

Rua Voluntários da Pátria, 445/1007
Tel. 246-1740 - Botafogo - RJ

Nesta semana que passou, uma comissão de profissionais foi à Suíça e trouxe de lá importantes papéis e novo depoimento de Jorge Alberto. Eu ainda não os tenho em mãos. Mas, esta mesma comissão, incumbiu-me de entrar em contacto com você, para marcar aí em Brasília, uma data para, não só levar toda a documentação obtida, como discutir opiniões e dar sugestões. Ao vivo, creio que seria mais objetivo.

Por favor, estando de acordo, comunique-se comigo para marcarmos o quanto antes possível:

Consultório: (021) 2461740

Residência: (021) 511.5424 (tem Fax)
(021) 511.5174

Desculpe-me pelo incômodo
Gratíssimo e um abraço

Cl C J.

WORLD HEALTH ORGANIZATION ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Téléphone Central/Exchange: 791.21.11
Direct: 791 3617

In reply please refer to: MNH
Prière de rappeler la référence:

Mr Roberto Jefferson
Chairman House Committee on Social Security
Camara dos Deputados
Brasília
Brazil

Fax No. 55 61 318 2208

Sir,

7 June 1995

I have the honour to refer to your fax of 2 June 1995 and should like to answer your questions as follows:

1. The World Health Organization has since 1978 been promoting the Primary Health Care strategy as the means of reaching the goal of Health for All. One of the principles of this approach proposed that health care should be done in as much as possible within the community itself. In this respect, the ancient psychiatric hospital, asylum-like, whose model was established in the 18th Century, is no longer compatible with technical developments which have occurred in medical and psychiatric areas since then, and with social developments such as questions related to human rights. Therefore, WHO strongly favours community-based mental health care systems and considers psychiatric hospitalization as an exceptional situation when every other possible alternative treatment has failed. When absolutely necessary, psychiatric hospitalization should be conducted according to medical and legal principles, in the best interest and in the least restrictive environment.

2. WHO keeps an updated file on all legislations related to health, including mental health, which have been approved and are in force in their respective jurisdictions. They are regularly published in the WHO periodical *International Digest of Health Legislation*. As you can imagine, WHO is not in a position to monitor Bills and Drafts of Law which are under discussion but not yet formally approved. The Bill Delgado, however, has come informally to our attention because it has received considerable attention throughout the world, in congresses and workshops. WHO is not in a position to support or otherwise, laws originated in Member States, much less Bills of Law. It is, nevertheless, within the WHO mandate to provide technical assistance to Member States. WHO would be happy to provide the necessary expertise on technical matters related to health if requested through appropriate channels by Member States.

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

Dr J. A. Costa e Silva
Director, Division of Mental Health

cc: Dr Domingos Alves, Coordinator for Mental Health, Ministry of Health, Brasilia
Dr I. Levav, Programme Coordinator, Healthy Lifestyles and Mental Health, WHO Regional Office for the Americas, Washington, D.C.
Dr Armando López Scavin, Señor Representative, WHO, PAHO, Brasilia

1211 GENEVA 27-SWITZERLAND ... GENE... Telex 415416 OMS Fax 791 07 46 ...

Reforma avança apesar das resistências

A Reforma Psiquiátrica, nos moldes como vem sendo preconizada pelos organismos internacionais (ONU, OPAS, e outros) e absorvida por muitos segmentos sociais da população brasileira, principalmente por muitos segmentos sociais da população brasileira, principalmente por trabalhadores de saúde mental, seja de forma direta ou através de suas associações, tem se mostrado de uma complexidade ainda não bem definida, mas com perspectivas auspiciosas.

É uma Reforma que não vem se prendendo apenas a substituir modelos assistenciais ou procedimentos técnicos operativos, ela possui uma abrangência de situações que transcende às instituições existentes, prenunciando, através de seus fundamentos, uma verdadeira Reforma Social. Situações sócio-culturais, econômico-financeiras, judiciais e políticas, entre outras, tem projetado desdobramentos de interesses em seu processo de desenvolvimento, cuja variabilidade é a regra, tornando seu desempenho não uniformizado e nem sempre progressivo.

A cultura de um povo não é uma unidade bem estruturada e de níveis diferentes de interações que não excluem os paradoxos, nem outros fórmulas de atuação modernas ou antigas, ultrapassadas ou futuristas, isto em convivência social e num determinado momento histórico. Talvez fosse mais correto dizer-se culturas de um povo, ao invés de singularizá-la. A consequência resultante é uma diversidade em modos de pensar e agir, cuja possibilidade modificadora continua desafiando cientistas sociais e políticos nos tempos hodiernos.

O relato de algumas experiências e observações, se faz necessário, para que haja um entendimento das variáveis existentes. As percepções de que o "louco" é um "endemoniado", como tal, é "perigoso" e, em sendo assim, tem que ser "internado" em um asilo, constituem encadeamentos lógicos em que a correlação perceber-pensar-agir encontra-se bem estruturada, e, desta forma, arraigada em variáveis parcelas de nossa população. Quebrar estruturas como estas que se organizaram de premissas, reconhecidamente, falsas, é um dos objetivos da Reforma.

Na Espanha verificou-se que nas províncias em que predominavam os serviços privados de internação psiquiátrica (Catalunha), os avanços reformistas ocorreram de forma mais lenta que naqueles de predomínio dos serviços públicos (Andaluzia), revelando-se desta forma, as resistências oferecidas pelas entidades privadas de internação.

Já no Ceará, os serviços alternativos assistenciais, não asilares, tipo centros de atenção psico-social, estão surgindo no interior do Estado, em cidades de médio porte (Iguatu, Canindé, Quixadá, Icó e Cascavel) e não ainda na Capital e nas cidades de grande porte, onde existem Hospitais Psiquiátricos, refletindo, resistencia cultural, ou, mais precisamente, uma resistência da cultura manicomial.

Em São Paulo, a experiência de Santos não se repetiu no Estado, pelo menos com a globalidade assistencial que possui, menos ainda como decisão política planejada. Considerando-se, neste caso, tratar-se de um centro urbano de quase meio milhão de habitantes e possuidor de um Hospital Psiquiátrico estabelecido, avaliar alguns aspectos talvez possa servir de orientação para outras cidades.

A Reforma Psiquiátrica ocorrida em Santos, de certa forma, assemelha-se a uma situação que atualmente se desenvolve em Fortaleza, e que poderá vir a se repetir nos demais centros urbanos onde existem Hospitais Psiquiátricos públicos. Para se fazer a Reforma Psiquiátrica de Santos necessitou-se municipalizar o Hospital Psiquiátrico (no caso específico, atrave's da intervenção judicial do Hospital Anchieta, por tratar-se de entidade privada), enquanto que em Fortaleza defende-se a municipalização do Hospital de Saúde Mental de Messejana, entidade pública do Governo Estadual, no intuito de facilitar um processo de Reforma. A diferença consiste em que, em Santos, quem defendeu a Reforma e a municipalização foi o Governo, e a resistência partiu de entidades privada, e, em Fortaleza, a resistência ocorre através de setores do Governo, utilizando-se dos artifícios da necessidade de Hospital Psiquiátrico para referencia estadual ou da concepção de que o Hospital Psiquiátrico patrocine estudos, ensino e formação psiquiátrica no Estado.

Entendemos isto como resistência ao processo de Reforma Psiquiátrica do Ceará por considerarmos as dificuldades às modificações propostas como não pertinentes aos objetivos determinados e já consignados em instrumentos legais em vigor, tal seja o da extinção dos Hospitais Psiquiátricos no Estado. Por outro lado, não conseguimos entender como referência, uma entidade que se pretende extinguir e substituir por outras alternativas não asilares, nem como algo que se considera negativo e necessitado de extinção, possa, de repente, transformar-se em centro de ensino e formação. Resistência a um processo não é apenas manifestar-se contrário ao mesmo, o mais comum aparece com as dificuldades oferecidas à sua consecução.

Do ponto de vista judicial, a Reforma Psiquiátrica no Brasil vem retratando o processo de democratização que o país atravessa. Um projeto de lei de Reforma, aprovado na Câmara dos Deputados, faz aproximadamente quatro anos vem tramitando no Senado Federal, e, enquanto isto, as Assembléias Legislativas dos Estados de Rio Grande do Sul (1992), Ceará (1993), Pernambuco (1994) e Minas Gerais (1995) já aprovaram suas legislações psiquiátricas, todas elas dentro dos moldes do projeto em andamento no Congresso Nacional. E se possuem alguns aspectos diferentes entre si, a essencia fundamental mantem-se em todas, ou seja, a necessidade da extinção dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais. As resistências encontradas nesta área necessitam de estudos mais consistentes que, no momento, não dispomos.

Um tipo de resistência à Reforma Psiquiátrica, é aquela que denominaríamos de "resistência disfarçada". Trata-se da fórmula que se utiliza de alternativas oferecidas pelas legislações reformistas, como substitutivos das internações hospitalares psiquiátricas, para mante-las, disfarçadamente. A preocupação surge com a implantação dos chamados Hospitais-dia, agregados aos Hospitais Psiquiátricos. Estão aparecendo como alternativas da Reforma Psiquiátrica numa rapidez adaptativa que chegam a negar o próprio nome, querendo que se acredite que Hospital-dia não é Hospital, quando seu próprio nome o diz. Um Hospital-dia, agregado a um Hospital Psiquiátrico, forçosamente sofrerá as influências manicomiais, já que, dificilmente se tem visto o contrário, isto é, o agregado modificar o estabelecido.

Diante da Reforma Psiquiátrica, alguns trabalhadores de saúde mental podem se sentir ameaçados de uma possível perda de poder, em virtude da descentralização multiprofissional nas condutas assistenciais, ou das dificuldades intra-pessoais que podem ser manifestadas com os trabalhs de equipe. Outros podem temer a perda do mercado de trabalho oferecido pelos Hospitais Psiquiátricos, temor este reforçado pela histórica instabilidade dos programas governamentais, que não têm oferecido continuidade aos serviços implantados. Estas resistências, geralmente resultam da dificuldade de entendimento dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica e podem ser minoradas com a utilização de programações informativas.

Certos transtornos mentais tendem a limitar os espaços de vivências sociais de seus portadores, numa proporção maior que outros. Compreendem um grupo com propensão a se cronificar e que, atualmente, representa aproximadamente, trinta por cento da população internada nos Hospitais Psiquiátricos. Esta limitação patológica encontra nestas instituições a oportunidade de adaptação, facilitada, talvez, pelas rotinas impostas e pelo abandono em que ficam, sem qualquer reclamação. Trata-se de uma adaptação patológica, capaz de suportar todos os maltratos e outras violências, sem qualquer reação, pois que esta também costuma ser coibida. Não existem revoltas em Hospitais Psiquiátricos, mesmo com superlotações ou arbitrariedades, e isto não deve ser entendido como sinal de tranquilidade, mas de limitação patológica de viver. Anos e anos de adaptação a uma vida asilar pode resistir a mudanças, principalmente naqueles sujeitos que têm dificuldades adaptativas, mas um trabalho compreensivo tem oferecido resolutividades compensatórias, como o demonstram as Casas de Convivência, onde funcionam.

Os familiares de pacientes psiquiátricos reagem diferentemente, de acordo com cada caso e em cada momento, modificando-se com a evolução que houver. Familiares de pacientes crônicos, com muitas internações prolongadas tendem a se adaptarem à solução dependência esta que pode desenvolver ansiedades diante qualquer risco de perda do objeto, isto é, do Hospital Psiquiátrico.

Acreditamos que as resistências à Reforma Psiquiátrica por parte de alguns familiares de pacientes devem se originar destas ansiedades, que são, vez por outra, utilizadas e exploradas por organizações interessadas na manutenção das coisas. Neste sentido, temos observado, ultimamente, o surgimento de associações de familiares e de usuários de saúde mental patrocinadas pelos Hospitais Psiquiátricos e, indevidamente, direcionadas para difultar os avanços da Reforma Psiquiátrica.

Os familiares são os melhores aliados em qualquer processo de recuperação dos mesmos, desde que seus temores não ultrapassem a esperança de melhores perspectivas, esperança esta que só uma Reforma Psiquiátrica pode oferecer, pelos princípios que defende e pelos objetivos que tem atingido, onde houve terreno propício.

Os loucos s

Por isso nós os p

As políticas de saúde mental no Brasil vêm apresentando sensíveis alterações nestes últimos anos, mais precisamente com as Conferências Nacionais de Saúde Mental (a I em 1987 e a II em 1992), eventos estes diretamente influenciados pelos princípios da Reforma Sanitária, defendidos pelas Conferências Nacionais de Saúde (8ª e 9ª) e pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, já em andamento em alguns países europeus e americanos, há algum tempo. Tais ocorrências, de certa forma, conseguiram mobilizar segmentos importantes da comunidade brasileira, em torno da resolutividade dos problemas relacionados com a saúde mental e estabelecer parcerias democráticas entre governo e sociedade civil, num esforço conjunto para a consecução de objetivos definidos.

Neste sentido, o Congresso Nacional deverá votar na próxima quinta-feira, 29 de junho, o projeto de lei que garante a Refor-

Resumo do trabalho apresentado durante a III Jornada Interiorana de Saúde Mental do Ceará e I Jornada de Saúde Mental de Cascavel, no último mês de maio.

** Nilson de Moura Fé é médico psiquiatra, presidente da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica de Fortaleza-CE*

ão livres rendemos...

ma para aplicação em todo o País. Essa, pelo menos é a expectativa dos mais ilustres nomes da psiquiatria nacional, que lutam por ela já há muitos anos. A ansiedade pela votação da matéria, que já esteve na pauta do Congresso várias vezes é, sobretudo, de três expoentes da psiquiatria cearense: Nilson de Moura Fé, José Jackson Coelho Sampaio e Antonio Weimar Gomes dos Santos escolhidos pelo relator da matéria, senador Lúcio Alcântara, para emitir o parecer técnico do projeto.

O Ceará, aliás, é um dos estados que mais tem prosperado na Reforma Psiquiátrica, que é apoiada e incentivada por organismos internacionais-ONU, OPAS e outros. Desde 1992, com a realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental, o Estado tem avançado através da implantação de cinco Centros de Atenção Psicossocial-CAPS-, em Iguatu, Canindé, Quixadá, Icó e Cascavel.

A Reforma Psiquiátrica no Ceará

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, representam uma forma de assistência pública (estatal ou contratada) aos problemas da saúde mental individual e coletiva, que se distingue primordialmente pela acessibilidade local e pela interdisciplinaridade. Suas características cobram ampla gama de dimensões técnicas e políticas, que envolvem e integração de sistemas primários e secundários de atenção, atuando na promoção da qualidade de vida, na promoção de saúde e no tratamento de doenças, sendo, portanto, paradoxal pensar os CAPS fora do Sistema Unico de Saúde.

A experiência registrada nos cinco CAPS funcionando hoje no Ceará, nos municípios de Iguatu, Canindé, Quixadá, Icó e Cascavel, com o envolvimento de 52 trabalhadores e uma média de 3000 atendimentos por mês, tem revelado a eficácia da iniciativa. Favorecendo à prática multiprofissional interdisciplinar, com redução crítica da hierarquia interna e redução crítica da hierarquia assistente/assistido, o CAPS, é também uma radical experiência de democracia interna, pois articula os saberes da Medicina, da Enfermagem, da Psicologia, do Serviço Social e da Terapia Ocupacional. Tal articulação não só é direcionada para fora da sede do serviço, como também para a promoção de saúde mental dos próprios profissionais da assistência, reduzindo a divisão rígida de trabalho e as distâncias entre quem sabe e quem faz, quem cuida e quem é cuidado.

Apesar dos resultados positivos, Fortaleza tem se caracterizado como o bastião da resistência à Reforma Psiquiátrica, sobretudo por causa da concentração de hospitais psiquiátricos, o poder do velho impedindo o surgimento do novo, envolvendo algo em torno de 800 leitos de capacidade instalada, dos quais 250 públicos. O executivo estadual e o executivo municipal da capital, por razões várias, têm competido em omissão. A implantação dos CAPS tem sido, claramente, uma vitória da municipalização e da interiorização.

Nas cidades com CAPS esboçam-se movimentos sociais para a criação de núcleos do Movimento da Luta Antimanicomial, para a criação das Comissões Municipais de Saúde Mental e para a aprovação de emendas às Leis Orgânicas Municipais introduzindo princípios da Reforma Psiquiátrica. Fica evidente que o CAPS é eixo de uma revolução municipal, assistencial e legal, no plano dos aparelhos de cuidados à saúde mas também no plano do imaginário da sociedade, do modo como a sociedade representa normal e desvio, saúde e loucura, cidadania e direitos. Também fica evidente que a dinâmica é desigual, mais paralisada ali, mais ágil acolá. Com relação a mudanças na Lei Orgânica Municipal, das cidades com CAPS, até agora, somente Iguatu aprovou legislação específica. Com relação às Comissões, somente Quixadá instalou a sua.

A Secretaria de Saúde de Fortaleza instalou, em julho de 1993, a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, que apresentou plano para a instalação de nove CAPS, um por distrito, nos próximos dois anos, mas nada de efetivo ocorreu até o momento. Dois hospitais psiquiátricos de Fortaleza, um estatal e outro lucrativo, atenuam o parque de leitos especializados instalados, redirecionando investimentos para a instituição intermediária do hospital-dia, iniciativa louvável mas limitada, de impacto quase zero no redimensionamento do modelo assistencial, capaz apenas de dar sobrevida às instituições asilares nas quais estão incluídas. Não existem unidades psiquiátricas em hospital geral e não existem emergências psiquiátricas em emergências gerais. No que diz respeito a serviços extra-hospitalares de saúde mental, a esperança imediata pode ser depositada na negociação em curso entre a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica e a Universidade de Fortaleza para a instalação de um CAPS Escola.

A nível da formação de Pessoal, o horizonte parece promissor. Embora a Residência em Psiquiatria da Secretaria Estadual de Saúde venha oferecendo baixo número de concludentes, formados dentro do modelo hospitalar e médico-biológico, a Escola de Saúde Pública do Estado está promovendo Curso de Especialização em saúde Mental Coletiva, com bons resultados iniciais e uma concepção extra-hospitalar, interdisciplinar e psicossocial. A Universidade Estadual do Ceará instalará em março de 1996 a área de concentração "Saúde Mental em Saúde Pública", em seu Curso de Mestrado em Saúde Pública.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Ceará, um verdadeiro movimento social sem dono e sem partido, apresenta inequívocos sucessos, apesar das resistências e oposições. Os CAPS instalados no interior do Ceará estabeleceram táticas de ação comum através de dois sistemas de ação: política (estruturas sociais e legais de apoio) e pedagógica (formação continuada dos profissionais).

Mas há que observar dificuldades e diversidades. A primeira revelação surge da diversidade concreta das demandas, por exemplo: a) Em Canindé a população atendida apresenta problemas mais crônicos e orgânicos, com grande interface neurológica de deficientes e epilépticos; b) Em Quixadá a população atendida apresenta problemas mais agudos e reativos, com grandes interface clínica de distúrbios neuróticos e psicossomáticos; c) Em Cascavel a população atendida tem acesso mais fácil a Fortaleza, podendo esquivar-se das novas intervenções e cair na armadilha do estabelecido, na lei-do-menor-esforço.

Um estudo sócio-econômico e histórico dos três municípios oferece pistas para a compreensão da diversidade: a) Canindé tem maior área e maior proporção de população rural, facilidade de acesso a Fortaleza o que propiciou maior trânsito de doentes para os hospícios centralizados na capital, e é meca religiosa atraindo romaria de todos os desvalidos em busca de curas milagrosas. A concentração de pobreza, os azares da seca nas populações rurais, a exposição aos determinantes de cronificação asilar, configuram a demanda mais organizamente comprometida da "loucura camponesa". b) Quixadá tem área pequena, bastante urbanizada na sede municipal e na sede dos distritos, configurando centro de atração comercial microrregional razoavelmente independente da capital. Urbanização, comércio e relativa autonomia do modelo de assistência psiquiátrica praticado na capital, configuram a demanda mais psicologicamente comprometida da "neurose urbana". c) Cascavel constitui região de balneários praianos, de prestadores de serviço para os balneários e de habitação para trabalhadores da capital, o que formata características populacionais próprias < voláteis, atraídas pelas "ilusões da metrópole". Na própria equipe do CAPS observa-se a volatilidade - numa migração pendular ao contrário, nenhum trabalhador de nível superior é residente na sede municipal.

A realidde da demanda e da história microrregional apontam ameaças concretas à lógica integrada de funcionamento de um CAPS: a) em Canindé, a pressão dos crônicos, organizamente comprometidos, pode promover a hipertrofia da função de abrigo protegido, com terapia ocupacional e treinamento das atividades de vida diária. O equilíbrio de funções necessário ao funcionamento crítico de um CAPS pode pender para programas de reabilitação e promoção social. b) Em Quixadá, a pressão dos mal estares difusos, crises familiares, dificuldades sexuais, estilos de vida favoráveis ao hábito de tóxicos, pode promover a hipertrofia da função ambulatório, com técnicas individuais ou de grupo de atendimento secundário. c) Em Cascavel, a volatilidade de clientela e equipe pode prejudicar o desenvolvimento de uma representação nova na comunidade sobre as práticas em saúde mental e hipertroiar as atividades de pronto atendimento.

Mas as equipes dos CAPS, apaixonadas, vorazes por aprimoramento pessoal, profissional e político, têm demonstrado competência e garra. O CAPS/Quixadá, onde os registros de dados estão melhor implantados e analisados, fornece elementos importantes para a identificação de mudanças.

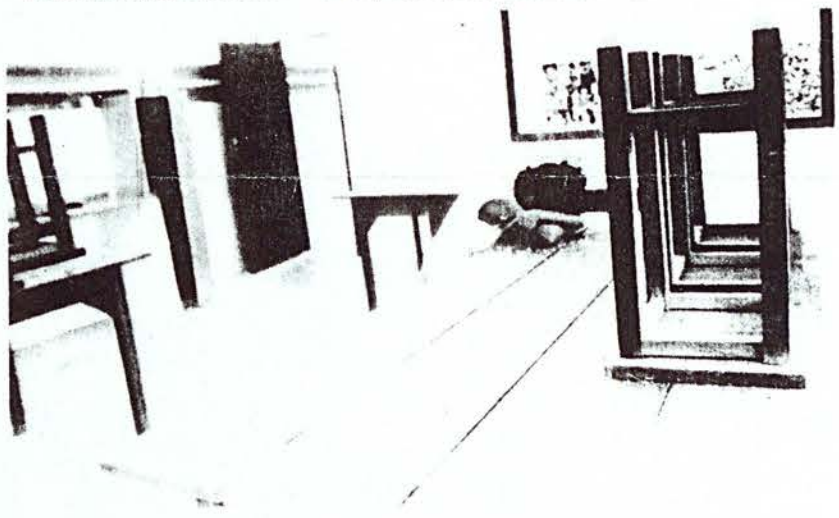
1. Antes da implantação do CAPS, a Secretaria de Saúde encaminhava para Fortaleza, média de duas internações psiquiátricas/mês. Após a implantação, o encaminhamento reduziu-se para algo em torno de uma integração a cada oito meses, pois a equipe do CAPS tem podido conter situações agudas nas residências, através de visita domiciliar, e em leitos do Hospital Geral. O pessoal do hospital tem aprendido a conviver com as exigências diferenciadas de um cliente psicótico em crise e ajudado a garantir a permanência média de sete dias por internação.

2. Antes da implantação do CAPS, a farmácia da Secretaria de Saúde dispensava algo em torno de 4.500 comprimidos/mês de tranquilizantes, antidistônicos e indutores de sono. A dispensão reduziu-se para algo em torno de 1.500 comprimidos/mês depois da implantação, a despeito da expansão da base de atendimento que hoje é de, em média, 720 consultas/mês.

3. A vigilância crítica da prática possibilitou outra vitória fundamental - o atendimento hoje conta com retarguadas e vanguardas sociais criadas por rede de interrelações; com o Programa Crescer com Cidadania, direcionado à proteção da menoridade carente e à prevenção de toxicomanias; com o Programa de Médicos de Família que descentraliza os cuidados, levando os serviços de saúde para as comunidades; com o Programa de Internação Domiciliar, capaz de democratizar recursos antes absorvidos pela cara estrutura hospitalar; e com o Programa de Agentes de Saúde, estabelecendo lideranças comunitárias intimamente interessadas em promoção de qualidade de vida.

Tudo o que estamos vendo nascer nos deixa confiantes. O modelo extrahospitalar, alternativo, crítico-social, democrático, de assistência à saúde mental, ética e politicamente competente, também está demonstrando ser tecnicamente competente.

José Jackson Coelho Sampaio
** Médico psiquiatra, doutor em Medicina Social, coordenador de pesquisa do Instituto de Pesquisa e Assistência em Saúde e Trabalho, coordenador do Curso de Mestrado em Saúde Pública/UECE, supervisor institucional dos CAPS/Quixadá e Canindé.*



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Excelentíssimo Senhor Senador
Dr. Lúcio Alcântara

Cumprindo o prometido quando de nosso encontro estou passando a V. Excia. os nomes das pessoas que poderão ser entrevistadas sobre o chamado Projeto Delgado.
Assim, os nomes respectivos:

ENEIDA MATARAZZO

- Professora Associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Assistente Estrangeiro da Faculdade de Medicina de Paris.
- Chefe do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas da USP.

Autora dos livros: Medo Patológico: Manifestação Clínica da Epilepsia.
Delirio Sensitivo de Referência.
Psicoterapia na Infância: Uma Nova Técnica.

Endereço:
Alameda Franca, 933 - 6º andar
01422-001 - São Paulo - SP.

ANASTÁCIO MORGADO

- Médico Psiquiatra
- Professor Adjunto da Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ
- Mestre em Saúde Pública
- Pesquisador do CNPq em Modelos Internacionais em Saúde Mental.

Dirigir-se ao Prof. Adauto de Araújo.
Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos
21041-000 - Rio de Janeiro - RJ

EDUARDO MASCARENHAS

- Psicanalista e Deputado
Entrará em contato com Vossa Excelência.

SÍLIO ANDRADE

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Senador Lúcio Alcântara
Senado Federal - Ala Tancredo Neves
Gab. 53
Brasília - DF.

SHIS - QI. 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL. (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2576 - CEP. 71.645-120

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

JORNAL DO BRASIL

Clippings

DATA 20/7/95 PÁG. 7 CAD.

Brasileira fecha hospícios do sul da Espanha

■ Transferir cerca de 3 mil pacientes psiquiátricos para estruturas que preservam a liberdade foi missão simples para especialista

CLÁUDIO CORDOVIL

A psicóloga brasileira Léa Cecília Waismann, responsável pelo programa de fechamento de hospitais psiquiátricos da Andaluzia, no sul da Espanha, como assessora do Ministério da Saúde daquele país, afirma que não há dificuldade em transferir o tratamento de 3 mil pacientes do hospital psiquiátrico para suas próprias casas, hospitais-dia (onde o paciente se trata durante o dia e retorna para casa à noite), lares abrigados, pensões, ambulatórios ou oficinas terapêuticas com resultados notáveis.

Neste momento, a Andaluzia, com 7,5 milhões de habitantes, mantém confinados em hospícios 263 psicóticos (os conhecidos como *loucos)*. Como outros 2.672 pacientes contabilizados em 1985, eles deverão ser transferidos para estruturas adequadas de atendimento em um ano, no máximo.

"A maior parte da população internada em hospitais psiquiátricos (70% a 80%) é composta de pacientes ditos *crônicos*. Ficamos impressionados quando transferimos os *crônicos* dos hospitais psiquiátricos para estruturas intermediárias. O que poderia parecer um desafio revelou-se algo simples. Muito da cronificação destes pacientes desapareceu imediatamente em 80% dos casos", revela Waismann, com doutorado pelo Instituto de Psiquiatria de Londres.

Além dos 263 psicóticos de toda a Andaluzia que permanecem em hospitais psiquiátricos e são sua clientela específica, restam 642 deficientes mentais e idosos com mais de 65 anos nestes hospícios. "Os deficientes mentais e os idosos deveriam se beneficiar de outra oferta terapêutica que não a psiquiátrica. Estes pacientes e os últimos psicóticos sairão do hospital quando pudermos garantir sua cobertura sanitária e social, o que deverá ocorrer em um ano", anuncia .

Crises — "Uma crise aguda bem medicada pode exigir no máximo duas semanas de internação. Na Inglaterra, pacientes cronificadíssimos tiveram uma recuperação impressionante de sua função social", acrescenta, mostrando que há algo errado com internações prolongadas corriqueiras.

A psicóloga revela que os familiares apóiam as novas formas de atendimento. " Hoje sabemos que eles são importantes aliados e devem ter um apoio econômico na forma de pensões por receberem os psicóticos de volta", explica.

p/ DC ROMERO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

JORNAL DO BRASIL

Clipping

DATA 20/7/95 PÁG. 7 CAD.

Internação só na crise aguda

O primeiro passo para a reforma psiquiátrica na Espanha, em 1985, foi a mudança de toda a infra-estrutura de atendimento em saúde mental. Na Andaluzia, o atendimento ocorre em um primeiro momento nas Equipes Básicas de Atenção Primária (EBAP), onde é feita a triagem dos pacientes.

Dependendo do caso, ele pode ser encaminhado para um das 71 Equipes de Saúde Mental do Distrito (ESMD), que são centros-ambulatório, sem leitos, com equipes multidisciplinares de psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

"Esta equipe de profissionais também procura resolver as emergências no próprio ambiente do paciente. As internações, quando necessárias, não excedem uma ou duas semanas", explica a psicóloga Léa Waismann.

Para os pacientes jovens, "que são mais difíceis de trabalhar", existem quatro Comunidades Terapêuticas (CT) que oferecem a alternativa de hospitalização curta, com enfoque terapêutico, por dois ou três meses. "Estes jovens apresentam um problema social importante e começam a criar transtornos para sua comunidade, por isso criamos esta alternativa de cuidado", justifica Waismann.

Hospital — Na Andaluzia, 18 hospitais gerais contam com leitos psiquiátricos, o que também é alternativa ao manicômio apoiada pela Organização Mundial de Saúde. Na hora de internar o paciente psiquiátrico, não é preciso criar uma instância específica para isso, segundo as modernas técnicas de cuidado. Há um consenso mundial de que ele pode ter seu caso agudo tratado em hospital geral como em qualquer outra doença, de acordo com a psicóloga.

Já em 1959, o psiquiatra inglês Russel Barton afirmava, em seu livro *Neurose institucional*,que a vida no hospital psiquiátrico em si podia ser responsável por muito do comportamento que costumava ser atribuído à doença mental. Hoje, já se sabe que internações prolongadas pioram o quadro do paciente, tornam-no cada vez mais dependente da instituição e promovem sua despersonalização, convertendo-o em um ser quase vegetativo. (C.C.)

SENADO FEDERAL

Gabinete
do
Senador Lúcio Alcântara

OPINIÕES CONTRÁRIAS

AO PROJETO

DOS PROFESSORES DE PSIQUIATRIA AOS SENHORES SENADORES

Os abaixo-assinados, Professores e Ex-professores de Psiquiatria em Faculdades de Medicina oficiais e oficializadas, responsáveis diretos pelo ensino teórico e prático dos cuidados preventivos e curativos da doença mental, alarmados com a aprovação, sem as discussões regulamentares, na Câmara de Deputados, do Projeto de Lei nº 3657/89, de autoria do nobre deputado Paulo Delgado, vêm mui respeitosamente à sua presença, solicitar que o referido Projeto de Lei seja rejeitado pelo Senado porque ele:

1º — fere os princípios fundamentais da ciência psiquiátrica, tanto em seus aspectos clínicos, quanto jurídicos;

2º — transfere, com graves prejuízos para os doentes mentais, as prerrogativas legais de responsabilidade do médico e referentes a cada paciente assim como a competência dos órgãos técnico-profissionais para o domínio genérico de uma lei de cunho meramente político-ideológico.

Atenciosamente,

Este manifesto foi entregue pessoalmente ao Exmo. Sr. Presidente do Senado Federal, Senador Mauro Benevides.

Prof.º Dr. José Roberto Albuquerque Fortes
Prof.º Titular e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Membro correspondente da American Psychiatric Association (A.P.A.)
Membro do Collegium Neuropsychoneurologic Internacional (Roma)

Prof.º Dr. Mauricio Levy Jdnior
Prof.º Titular de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina
Fellow da Internacional College Of Psycho-somatic-medicine.
Membro efetivo da Sociedade Internacional de Psicanálise (Londres)/São Paulo.

Prof.º Dr. Paulo Fraletti
Prof.º Titular de Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Medicina do ABC — Santo André — São Paulo

Prof.º Dr. Antonio Mateo Fontana
Prof.º Titular da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC-SP-Sorocaba

Prof.º Dr. Edmundo Maia
Prof.º Titular de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Fundação Lusiadas — Santos — São Paulo

Prof.º Dr. João Carvalhal Ribas
Prof.º Emérito de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de São Paulo-USP
Ex-Prof.º Titular de Psiquiatria Clínica da Faculdade de Medicina-USP
Ex-Prof.º Titular de Psiquiatria da Fac. de Medicina de Santos
Livre Docente de Psiquiatria da USP e da Esc. Paulista de Medicina.

Prof.º Dr. Carol Seneinreich
Ex-Prof.º Titular de Psiquiatria da Fac. de Med. de Botucatu — UNESP
Diretor do Serv. de Psiq. do Hosp. do Servidor Público de São Paulo

Prof.º Dr. Décio Pinto de Moura
Prof.º de Medicina Legal da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP
Ex-Chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP
Ex-Patologista do Hospital Psiquiátrico de Juqueri
Administrador Hospitalar pela USP

Prof.º Dr. Stanislau Krinski
Prof.º Titular de Psiquiatria da Fac. de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Prof.º Dr. Roberto Pinto de Moura
Prof.º Titular de Introdução à Psicanálise da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP — Campinas/SP
Prof.º Titular de Psicologia Dinâmica 2 do Inst. de Psicologia da PUC-Campinas/SP

Prof.º Dr. Isac G. Karniel
Prof.º Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas /SP

Prof.º Dr. Mauricio Knobel
Prof. Titular de Psiquiatria da Fac. de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP

Prof.º Dr. Odon Ramos Maranhão
Prof.º Titular de Medicina Legal da Fac. de Direito da USP — São Paulo

Prof.º Dr. Severino Lopes da Silva
Prof.º Titular de Psiquiatria da Fac. de Medicina de Natal — Universidade do Rio Grande do Norte

Prof.º Dr. Sérgio Soares Olivos Leite
Prof.º Titular de Clínica Psiquiátrica da Universidade Católica de Pelotas — RS

Prof.º Dr. Adolpho Heirisch
Prof.º Titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRJ.
Prof.º Titular da Academia Nacional de Medicina
Prof.º Titular de Clínica Psiquiátrica do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas.

Prof.º José Luis Furtado Cursio
Prof.º Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Valença

Prof.º Cesar Poggi de Figueiredo Filho
Ex-Prof.º Titular de Psiquiatria da Escola Médica da Universidade Gama Filho.
Ex-Prof.º Titular de Medicina Legal no Curso de Ciências Jurídicas da V.S.V.
Livre-Docente da UNIRIO

Prof.º Ravilmson Prestes Lemos
Prof.º Titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRJ
Ex-Prof.º Adjunto de Psiquiatria da Escola de Medicina Souza Marques

Prof.º Dr. Mário Santos Moreira
Prof.º Adjunto da Universidade do Rio de Janeiro — UNIRIO
Prof.º Titular de Psiquiatria da Escola Médica do Rio de Janeiro — da Universidade Gama Filho

Prof.º Dr. Anastácio F. Morgado
Prof.º Adjunto da Escola Nacional Saúde Pública
Prof.º Titular da Faculdade de Medicina de Nova Iguaçú
Pós-Doutorado por 4 (quatro) anos em Psiquiatria no Hospital de Salpêtrière, em Paris — França.

Prof.º Milton Marques Medeiros
Prof.º Titular de Medicina-Legal da URRN
Faculdade de Ciências Jurídicas — RN

Prof.º Dr. Antonio Zappoli
Prof.º Titular de Neuro-Anatomia da Universidade de Brasília Catedrático de Neuro-Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco
Ex-Prof.º Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade da California — USA

Prof.º Dr. Geraldo Brasil
Prof.º Titular de Psiquiatria
Ex-Chefe do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Membro Efetivo da Academia de Medicina do Est. de Goiás

Prof.º Dr. Sergio Bourbom Cabral
Ex-Professor Titular da Faculdade de Medicina de Campos /R. Janeiro

Prof.º Dr. Hélio Ensis
Prof.º da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/SP

Prof.º Dr. Valentin Gentil
Prof.º Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Prof.º Dr. Jorge W.F. Amaro
Prof.º Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Prof.º Dra. Eneida B. Matarazzo
Prof.º Associada da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Prof.º Dr. Zacaria B.A. Ramadam
Prof.º Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Prof.º Dr. Naire de Sousa Vargas
Prof.º Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Prof.º José Américo dos Santos
Prof.º de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC — Santo André/SP

Prof.º Dr. Antonio Salvador
Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC-São Paulo/Sorocaba

Prof.º Dr.º Maria Cristina Pitta Salun Fontana
Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC — São Paulo — Sorocaba

Prof.º Dr. Jair Salim
Auxiliar de Ensino da Faculdade de Ensino de Sorocaba — PUC — São Paulo — Sorocaba

Prof.º Dr. Paulo Fernando Duarte Ianeco
Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC — São Paulo — Sorocaba

Prof.º Dr. Dirceu Doretto
Ex-Assistente da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC — São Paulo — Sorocaba

Prof.º Dr. Dario Doretto
Ex-Assistente de Psiquiatria da CCMB — PUC — São Paulo

Prof.º Dr. Holy Feliciberto Carneiro
Ex-Assistente e Regente da Disciplina da Psicopatologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC — São Paulo/Sorocaba

Dr. Milton Sabbag
Ex-Professor Adjunto. Regente de Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Fundação Lusiadas — Santos — São Paulo

Prof.º Dr. Luis J.A. Fiore
Ex-Prof.º de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí — São Paulo

Prof.º Dr. Ladislau Giusmino
Prof.º Assistente do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina

Prof.º Dra. Latife Yazigi
Prof.º Adjunta Nível 4, do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina

Prof.º Dra. Márcia Menon
Psiquiatra do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina.

Psicóloga Norma Sotemberg Semer
Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina.

Psicóloga Regina Nascimento
Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina.

Psicóloga Inês Sucar
Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina

Prof.º Dr. William Bassist:
Ex. Prof.º de Pisocopatologia da Faculdade de Medicinca da PUC — São Paulo Cursos de Pós-Graduação e graduação

Prof.º Dr. Evandro Gomes de Matos
Prof.º Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP

Prof.ª Dra. Maria José F. Moreira
Prof.ª Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP

Prof.º Dr.º Maria A. Awes Cabral
Prof.º de Psiquiatria Livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMPO — Campinas/SP

Prof.º Dr.º Lígia Kaeidman
Prof.º M. Si de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP

Prof.º Dr. Evelardo M. Buscampagno
Prof.º Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP

Prof.º Dr.º Lídia Straus
Prof.º Assistente de Psiquiatria MS4 da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP

Prof.º Dr. Joel S. Giglio
Prof.º de Psiquiatria MS4 da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP

Prof.º Dr. Jair Franklin Oliveira Júnior
Prof.º Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP

Prof.º Dr. Roosevelt M.S.Convila
Prof.º Livre-Docente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP

Prof.º Dr. Fábio Leite Gastal
Prof.º Auxiliar de Psiquiatria da Universidade Católica de Pelotas
Prof.º Auxiliar de Psicologia Médica da Univ. Católica de Pelotas

Prof. Dr. Heber Soares Vargas
Prof.º Adjunto de Psiquiatria da Universidade Estadual de Londrina
Prof.º de Psicologia Médica da Pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Délia Graziela Gomes
Prof.ª Auxiliar de Clínica Psiquiátrica da Universidade Católica de Pelotas

Prof.º Dr. Osvaldo Luis Saldo
Prof.º Adjunto e Livre-Docente de Psiquiatria e Psicopatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro — Faculdade de Ciências Médicas

Prof.º Dr. Pedro Monteiro Bastos Filho
Prof.º Adjunto da Universidade Federal Fluminense
Responsável pelo ensino de Psicopatologia no Curso de Medicina

Prof.º Dr. José Caruso Madalena
Ex-Prof.º na Faculdade de Medicina de Nova Iguaçú

Prof.º Dr. José Roberto Munis
Prof.º Auxiliar de Ensino na Faculdade de Ciências Médicas da UERJ — Serviço de Psiquiatria.

Prof.º Dr. Leão Cabernite
Didata do Instituto de Ensino da Psicanálise da S.P.R.J.

Prof.º Dr. Cláudio Tavares Cals de Oliveira
Prof.º Assistente da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Fundação Técnica Educacional Souza Marques (Rio de Janeiro)

Prof.º Dr. João Paulo Santos Gomes
Prof.º Assistente da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina da Fundação Técnica Educacional Souza Marques.

Prof.º Dr. Pedro Jorge Dagger
Prof.º Adjunto da Cadeira de Psiquiatria e de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.º Dr. Talvane Marins de Moraes
Prof.º Adjunto e Livre Docente de Psiquiatria da Escola de Medicina Legal do Curso de Pós-Graduação em Advocacia Criminal da PUC-RJ

Prof.º Dr. Claudio de Pádua Macieira
Prof.º Adjunto de Psiquiatria da UERJ.
Prof.º Livre-Docente de Psiquiatria da Universidade Federal do Maranhão

Prof.º Dr. Paulo Roberto Chaves Pavão
Livre-Docente em Psiquiatria da UERJ
Prof.º da Cadeira de Psiquiatria e Psicologia Médica do UUPE-FCM-UERJ

Prof.º Dr. José Luis Campinho Pereira
Docente Livre de Psiquiatria da UFRJ
Prof.º Titular da Faculdade de Medicina de Vassouras

Prof.º Dr. Márcio Costa Leite de Oliveira
Docente de Psiquiatria do Curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof.º Dr. Samyr Reios
Membro Titular da Academia Goiana de Medicina
Ex-Professor de Medicina da U.F.GO
Doutorado na Universidade de Paris/França

Prof.º Dr. João Alberto de Oliveira Campos
Prof.º Adjunto e Chefe do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal em Goiânia.

Prof.º Abrão Marcos da Silva
Especialista em Psiquiatria.
Prof.º de Psiquiatria e Psicologia Médica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Prof.º Dr. José Reinaldo do Amaral
Prof.º de Psicologia Médica e Psiquiatria Clínica da F.M.GO

Prof.º Dr. José Martins Arruda
Prof.º Assistente do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal em Goiânia

Prof.º Dr. Ico Jorge Teixeira
Prof.º Adjunto de Psiquiatria e Psicopatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro — Faculdade de Ciências Médicas

ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES DE DOENTES MENTAIS
FUNDADO EM 23 DE MAIO DE 1991
C.G.C. 40.280.158/0001-87 Insc. Est. Isento

ASSUNTO: Projeto de Lei 08/91, submetido ao Senado Federal

EXMO. SR. SENADOR

A ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES DE DOENTES MENTAIS-AFDM existe para defender, proteger e ajudar no tratamento dos doentes mentais.

A AFDM não defende a situação atual na área da saúde mental:hospitais públicos ruins e muitos hospitais conveniados também ruins.

A AFDM EXIGE: uma fiscalização constante e eficiente, SEMPRE, e não como a que vem sendo feita nos últimos dias, com convocação da imprensa (TV, rádios e jornais), com o único objetivo de se criar um clima propício à aprovação do Projeto de Lei nº 8/91, que "Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

A AFDM entende que o autor deste Projeto de Lei, Deputado Federal Paulo Delgado, deveria estudar, conviver e escutar as pessoas envolvidas com a problemática da saúde mental - principalmente as famílias - para não propor um projeto de tamanha irresponsabilidade, que demonstra total desrespeito à condição humana de doentes e familiares, com evidente exploração da dor alheia.

Se não, vejamos através da análise dos 3 artigos com os quais este inacreditável projeto de lei pretende reestruturar toda a área da saúde mental no Brasil:

-"Art. 1º: Fica proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação de novos leitos."

Pela simples leitura deste artigo 1º, a AFDM constata que não foram estudados, entre outros, os seguintes pontos:

1) Não se cura doente mental por decreto. É como se pretender acabar com o analfabetismo fechando-se as escolas;

2) Não se pode impedir, por lei, que pessoas normais fiquem doentes; que surjam doentes sem família que os ampare,ou se pretender impedir o nascimento de pessoas com doenças mentais.

CONTINUA...

ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES DE DOENTES MENTAIS
FUNDADO EM 23 DE MAIO DE 1991
C.G.C. 40.280.158/0001-87 Insc. Est. Isento

3) Indaga-se: no futuro, quando faltarem leitos, onde serão colocados os nossos doentes mentais que deles necessitarem?

4) O PROJETO É ELITISTA: atinge somente os pobres, / pois os ricos continuarão a ter acesso às clínicas particulares,pagando pelos leitos de que necessitarem.

5) Como tudo no Brasil, primeiro se destrói para,depois, tentar construir. Por que não antes ampliar os recursos alternativos para TODOS e não somente para uns poucos privilegiados, que servem de bandeira ao projeto?

- Art. 2º - este artigo dispõe sobre a utilização de " recursos não manicomiais: hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centros de convivência, pensões etc..."

A análise deste artigo revela:

1) Discriminação do doente mental, que não pode ter hospital especializado para tratá-lo, como existem para outros doentes: hospital de cardiologia, ortopedia, oncologia etc:

2) Propõe generalização de tratamento para doentes / como toxicônomos, alcoólicos, neuróticos, PMD e até esquizofrênicos, como se todos fossem iguais.

3) Ignorar que os psicóticos exigem internação longa (às vezes,permanente) e para isto há necessidade de infra-estrutura não disponível em hospitais gerais e muitos destes doentes são impossibilitados de discutirem seus problemas;

4)Sacrificar as famílias pobres, que não poderão suportar os deslocamentos diários de seus doentes (tempo, dinheiro,segurança etc) tendo que levá-los e buscá-los em hospitais-dia, hospitais-noite etc, o que será agravado se esses doentes forem crônicos.

- Art. 3º -"Internação com o expresso desejo do paciente ou internação compulsória, sendo esta comunicada, em 24h, à Defensoria Pública".

A leitura deste artigo demonstra:

1) Total ignorância ou má fé do que seja crise/surto nos doentes que, às vezes, necessitam até contenção para sua própria segurança e de terceiros;

CONTINUA...

ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES DE DOENTES MENTAIS
FUNDADO EM 23 DE MAIO DE 1991
C.G.C. 40.280.158/0001-87 Insc. Est. Isento

2) Criação de um processo burocratizante, portanto insensível;

3) Desconhecimento das dificuldades vivenciadas, hoje, por aqueles que precisam internar algum doente. Imagine-se estas dificuldades agravadas por mais burocracia;

4) Transfere-se a responsabilidade pela internação a um leigo, no caso um Defensor Público;

5) Ignorou-se o fato de que não existe estrutura no Poder Judiciário para se atender à demanda de internações de origem psiquiátrica;

6) A criação da "Musa Tutu Quadros". A excepcionalidade negativa do internamento forçado e, portanto, injusto, da Deputada Tutu Quadros, vem propiciar o surgimento dessa proposta de rees-/truturação de TODO o sistema de saúde mental, com o evidente aproveitamento da emocionalidade e não com as razões do erro, que atingiu a nobre Deputada.

7) Falsa apologia da liberdade, colocando os pais e os familiares do doente mental na possível condição de sequestrador, que interna o doente com a conivência de um psiquiatra.

OUTRAS CONSIDERAÇÕES

1) O Projeto não fala uma só palavra em favor da melhoria dos hospitais psiquiátricos, que continuarão a existir;

2) O Projeto tem sua inspiração "científica" na Lei Baságlia, aplicada na Itália. Será que se podem transplantar cultura e condições sociais por meio de lei? Não somos italianos, habitan-/tes do 1º mundo. Somos brasileiros, pobres e desempregados, num país imenso, desnivelado em termos econômicos, educacionais e assistenciais. ALÉM DO MAIS, A LEI BASAGLIA FRACASSOU NA ITÁLIA, ONDE ESTÁ SENDO REVISTA!

A AFDM DEFENDE E PROPÕE

1º) Auditoria firme e permanente nos hospitais e clínicas psiquiátricas, não só quanto às condições de atendimento, como também para detectar os casos de internação ilegal;

2º) Construção de ambulatórios vinculados a hospitais e clínicas psiquiátricos, para que o tratamento do doente mental possa ser continuado pelo mesmo médico que o atendeu quando em surto.

3º) Obrigatoriedade de os hospitais psiquiátricos intensificarem a utilização de profissionais de Assistência Social e Psicologia, bem como a determinação de que todos disponham de infra-estrutura mínima para terapia ocupacional e recreação.

4º) Incluir a participação de Associações de Familiares de doentes mentais nos hospitais e clínicas com o objetivo de

ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES DE DOENTES MENTAIS
FUNDADO EM 23 DE MAIO DE 1991
C.G.C. 40.280.158/0001-87 Insc. Est. Isento

colaboração e orientação no tratamento de doentes mentais.

SENHOR SENADOR:

O Projeto de Lei nº 8/91 nada resolve.

Contamos com V.Exª na votação.

a) A DIRETORIA DA AFDM

Rua Domingos Lopes 574 Campinho - RJ

Correio Braziliense

4 — Brasília, quarta-feira, 5 de junho de 1991 Br

Psiquiatras e demais profissionais de saúde mental (*1) repudiam o projeto de lei nº 3657, já aprovado pela Câmara dos Deputados, que põe em risco toda a assistência aos doentes mentais do País.

AOS EXCELENTÍSSIMOS SENADORES DA REPÚBLICA

Os abaixo-assinados tomam a liberdade de alertar os nobres Senadores sobre a gravidade do problema de que trata o projeto proveniente da Câmara cuja aprovação liquida 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 a própria sorte sem o amparo que o poder público tem o dever de oferecer-lhes.

Há, como justificativas do referido projeto, aberrações, tais como:

1 — Que o ato médico do psiquiatra decorre de seu "poder de sequestro" (A palavra sequestro foi empregada com esse fim 3 vezes na "Justificação" e 1 vez no próprio texto do Congresso Nacional);

2 — Que o hospital psiquiátrico seja violento, desumano e "gerador de doença", formando-se um "parque nacional" de "estruturas de coerção";

3 — Que no Brasil há uma "irrefreável e poderosa rede de manicômios privados", a qual impede a rede pública de modernizar-se...; e

4 — Que é urgente extinguir a rede disponível, sugerindo sua substituição pela "experiência italiana", instaurada pela "Lei Basaglia"...

Algumas considerações são por nós julgadas pertinentes:

— O ato psiquiátrico não se distingue dos demais procedimentos médicos e seus objetivos são também comuns: diagnóstico, tratamento e reinserção social de pacientes sempre que possível.

— É evidente no projeto a intenção de iludir o legislador induzindo-o a acreditar que os Hospitais Psiquiátricos e os Manicômios são única e mesma coisa. Tenta passar a idéia de que todas as internações são compulsórias e implicam em confinamento.

Ao contrário, os Hospitais Psiquiátricos Brasileiros tanto públicos quanto privados são instituições abertas.

O Manicômio é, no entanto, instituição diretamente ligada a Justiça e obediente aos seus preceitos. Aí sim, se dá a internação compulsória ditada pela Autoridade Judiciária nos casos de pacientes-delinquentes que ficam, assim, ao abrigo do sistema carcerário comum, e recebem assistência psiquiátrica contínua.

— A qualidade do Hospital Psiquiátrico Brasileiro deixa a desejar e é tarefa do poder público criar condições de melhor assistência hospitalar, que de nenhuma forma pode ser descartada. Para tanto é necessário uma reforma da legislação vigente e o fiel cumprimento de suas determinações.

— A criação de modelos alternativos, se resume no País, na existência de Hospitais Dia e Hospitais Noite, que mesmo inaugurados, jamais funcionaram e na criação de rede ambulatorial (que ora inexiste) descentralizada e regionalizada que aproxime o paciente dos recursos que lhes são oferecidos, única maneira de dar continuidade ao tratamento e provocar redução do escandaloso índice de reinternações que alimenta os Hospitais Públicos e Privados.

— A existência de modelos alternativos precede a desativação dos leitos, já que o procedimento contrário significa condenar os doentes mentais a indigência que reforçará a mendicância e aumentará a população carcerária, tal como ocorreu na Itália do dr. Basaglia.

Cabe acrescentar que o Brasil, segundo a última aferição comparativa com outros países, oferece 0.5 leitos psiquiátricos por mil habitantes, contra 3.7 nos EUA, 4.4 no Reino Unido, 0.9 na Argentina (OMS — publicação: 23/76). O parâmetro recomendado pela OMS é de um leito/mil habitantes, o dobro da oferta brasileira.

— No que diz respeito a participação da Autoridade do Judiciário no processo de Assistência Psiquiátrica, ela é pertinente, quando solicitada pela família, pelo psiquiatra ou pelo próprio paciente.

Pelas aludidas razões, pedimos a rejeição do referido projeto e sua substituição por outro que efetivamente reformule a assistência psiquiátrica e proteja o doente mental, provendo-o em todas suas necessidades.

00001 Abrão Nunes da Silva
00002 Accefici Martins Filho
00003 Adalberto Rodrigues da Silva
00004 Adalgisa Lima de Abreu
00005 Aécio Paiva Valença
00006 Agamenon de Queirós Caldas
00007 Agenor Pares de Lima
00008 Agostinho Sérgio Para Leite
00009 Ailton Cabral Fraga
00010 Alberto Albino de Almeida Neto
00011 Alceu José Soares
00012 Alcimar Pereira da Silva
00013 Alessandra Barbosa da Silva
00014 Allessandra Calabria
00015 Alexandre Elk Filho
00016 Alexandre Martins Valença
00017 Alfredo Augusto R. Toscano Júnior
00018 Alfredo H. Terra de Souza
00019 Alfredo Luiz e Silva da Silva
00020 Alina Landi
00021 Aloísio Lopes Priall
00022 Altino Besse Marques Filho
00023 Aluísio Martins Pinto
00024 Álvaro Roque de Santana
00025 Amílcar Rosadio Soto
00026 Ana Catarina Pereira da Silva
00027 Ana Cristina Lemos
00028 Ana Lúcia de O. Stephan
00029 Ana Maria de M. Coutinho
00030 Anahy Fagundes Dias Fonseca
00031 André Pereira
00032 Andréa Dedalide Ratto Morelli
00033 Ângela Barros
00034 Ângela Tavares Bezerra
00035 Anita Maria de Oliveira
00036 Antero Machado de Mello Neto
00037 Antonio Alberto T. Serra
00038 Antônio Carlos Guerra
00039 Antônio Carlos Jurema
00040 Antônio Carlos T. de Oliveira
00041 Antônio Eduardo M. de Jesus
00042 Antônio José Fernandes Ivo Lemos
00043 Antônio Miranda Chaves Pedreira
00044 Antônio O. de Aquino
00045 Antônio Paulo de Barros
00046 Antônio T. Bonalume
00047 Antônio Teixeira Lobo Júnior
00048 Antônio Yucabian
00049 Arlberto Francisco Rocha
00050 Armando de Aguiar Matos
00051 Aron Levy
00052 Aryvalter da Rocha O. Júnior
00053 Augusto Fonseca da Costa
00054 Aylton Moreira da Silva Júnior

B

00055 Benedetti Kalil Saba
00056 Benedito da Silva Neto
00057 Benedito Gonçalves de Souza
00058 Benjamin de Brito Bacelar
00059 Bernadete Daou Verentach
00060 Bolivar Freire de Aquino
00061 Bonifácio N. Meneses
00062 Breno Linhares

C

00063 Carlos Alberto A. Cruz
00064 Carlos Alberto Gonçalves de Freitas
00065 Carlos Antônio Batista Calixto
00066 Carlos Augusto Barros
00067 Carlos Augusto Scamparim
00068 Carlos Barreto Carvalho
00069 Carlos Brandão Messermberg
00070 Carlos E. B. Carellas
00071 Carlos Eduardo Leal Vidal
00072 Carlos F. Schantes
00073 Carlos Gomes Ritter
00074 Carlos Henrique da Costa
00075 Carlos Roberto Amuntas C. Barros
00076 Carlos Roberto Peres
00077 Carol Alves Borges
00078 Cauby Araújo
00079 Célia Regina de Souza
00080 Celso Luiz Cattaeno
00081 César Ribeiro Fernandes
00082 Chiles Buss Júnior
00083 Cibele P. C. Monteiro
00084 Cintia Marcondes Fernandes
00085 Ciro Bolivar A. Moreira
00086 Claudemir Bongli
00087 Cláudio Almeida Schimidt
00088 Clauvaldo Rapeli
00089 Clayton Tomé
00090 Cleide R. Pereira
00091 Clesson Francisco Millen
00092 Clidenor Freitas Santos
00093 Cory José dos Santos

D

00094 Dahe Gattaz
00095 Dalka Castanbeira Battaz
00096 Dalva Carrochini
00097 Darci Doto
00098 Darcy Fernandes C. Nadir
00099 Dário Doreto
00100 Dário Duraes Ferreira Penna
00101 Dário H. Garcia
00102 David Kacoglion
00103 Décio Galdi
00104 Denise Sopper
00105 Diaulas Vidigal
00106 Domingas G. V. Marcolla
00107 Dulce Terezinha Tarcalli
00108 Durren Glória Camargo de Santana

E

00109 Edésio Guimarães Guerra
00110 Edésio Lira
00111 Edgard Júlio de Oliveira
00112 Edmur M. Freitas
00113 Édson Alves de Barros
00114 Édson Costa da Silva
00115 Édson de Araújo Silva
00116 Eduardo Alves Coelho
00117 Eduardo Brandão Guimarães
00118 Eduardo Cunha
00119 Eduardo Kiyomi Hisatsugi
00120 Eduardo Nonegabi
00121 Eduardo Pinheiro Moura
00122 Eduardo Pinto de Mendonça
00123 Eduardo Quadros Spinola
00124 Eduardo Rodrigues de Mello Filho
00125 Eduardo Silva Santos
00126 Eliana Curatolo
00127 Eliane Dantos Pereira
00128 Elizabeth Vieira F. da Cunha
00129 Elso Barbsan
00130 Ednaldo Rodrigues [illegible] Filho
00131 Erika M. W. Almeida
00132 Ethel M. Ferreira Penna
00133 Eurípedes P.
00134 Eva Attademo
00135 Evandro Pereira Soares

F

00136 Fábio Delboux Guimarães
00137 Fábio Henrique Malzone
00138 Fábio Miguel Ribeiro
00139 Fábio Roberto Bevilaqua Penna
00140 Fanny Kaori Uami
00141 Feliciano Abdon Araújo Lima
00142 Fernando Antônio Silva
00143 Fernando Antônio S. Filizola
00144 Fernando Filijoli
00145 Flávio Márcio Fernandes
00146 Flávio Pires
00147 Francisco Alves da Silva
00148 Francisco Antônio
00149 Francisco Antônio Maria de Paoli
00150 Francisco de A. do C. Andrião
00151 Francisco de Assis Araújo
00152 Francisco E. Dioro
00153 Francisco Telles de Meneses Neto
00154 Francisco Xavier P. S Neto

G

00155 Genário Freire de Medeiros
00156 Genival Duarte dos Santos
00157 Geraldo Barreto Santos
00158 Geraldo Walter Hellbuth Júnior
00159 Gérson Ballester
00160 Gérson Dennys Rohloff
00161 Gilvandro Macena Lira
00162 Giordano Estevão
00163 Giovani Bandeira de Moraes
00164 Gisela Taffari
00165 Giveno Nascimento Queiros
00166 Glauco Corrêa de Araújo
00167 Guaraci da Costa Barboza
00168 Gustavo Adolfo Mattos

H

00169 Harry Meregio Júnior
00170 Hebert de Mattos Oliveira Filho
00171 Helena Iwasaka Toscano
00172 Heliel Speciali Garnier
00173 Hélio Grilo Filho
00174 Hélio Issão Sato
00175 Hélio Rotemberg
00176 Hélio S. Amâncio de Camargo
00177 Hélvio Carpim Corrêa
00178 Henrique Valente
00179 Henver Ribeiro de Paiva
00180 Hercílio Ottoni Viviani Campos
00181 Hércio Arantes
00182 Hugo de Paiva Teixeira Júnior
00183 Humberto C. Franca Júnior
00184 Humberto V. Freitas

I

00185 Idália Maria Camelier de A. Cardoso
00186 Ilza Borges Pereira
00187 Inês Zulema Sucar
00188 Iracema T. C. de Albuquerque
00189 Irany Telles
00190 Isidoro Lourenço Silva
00191 Ismael Gripp
00192 Ismênia A. Albuquerque
00193 Isuelo B. Martins
00194 Ivan Neves
00195 Ivan Ramos de Oliveira
00196 Ivan Vitória Junqueira

J

00197 J. Bastos da Costa
00198 J. Peixoto de Oliveira
00199 Jacintho Godoy Filho
00200 Jacintho Spint Pastouri Godoy
00201 Jaiber R. de Paulo
00202 Jaime Bezerra Santana
00203 Jaime Vaz Brasil
00204 Jairo Dias
00205 Janduirtes José de Figueredo
00206 Jane Marly Bracalossi
00207 Jayme Cesar Arazi Cohen
00208 Jayme Tadeu dos Santos
00209 Jefferson M. Fernandes
00210 Jeovah C. de Souza
00211 Joacyr Sales Barros
00212 João Alberto O. de Campos
00213 João Bosco Gonçalves Machado
00214 João Carlos Belo da Fonte
00215 João Eli de Oliveira
00216 João Francisco C. Neto
00217 João Grau Brigagão
00218 João Zichinh Hause
00219 Joaquim Camelo Sena Neto
00220 Joaquim José de Souza Costa Neto
00221 Joaquim Pereira de Albuquerque
00222 Joari Cruvinel Ferreira
00223 Joel Borba Filho
00224 Joilson Fernandes de Andrade
00225 Jorge José Silva de Andrade
00226 José Carlos de Abreu Lima
00227 José Alberto N. de Souza Santos
00228 José André K. Marins
00229 José Areal
00230 José Artur Rochsato
00231 José Augusto Gavisti
00232 José Bernardino Carneiro
00233 José Carlos Barbosa Filho
00234 José Carlos Nastiere
00235 José Carlos Salzani
00236 José Cássio Dutra Vaz
00237 José Cássio S. Silveira
00238 José de Freitas
00239 José de Melo Ferreira
00240 José de Oliveira Amaral
00241 José Eduardo do Amaral
00242 José Eduardo Miguel de Oliveira
00243 José Flávio Bergamo
00244 José Hélio Cabral Freire
00245 José Joaquim de Medeiros Rocha
00246 José Luiz Condotta
00247 José Luiz Pacheco
00248 José Marcelo F. de Golo
00249 José Marcelo Monteiro
00250 José Marcondes F. de S. Serrano
00251 José Marques Costa Filho
00252 José Martins Arruda
00253 José Mat Júnior
00254 José Muniz Júnior
00255 José O Dah
00256 José Ricardo de Abreu
00257 José Roberto P. Mendonça
00258 José Silva Neme
00259 José T. [illegible]
00260 José Vieira de Lima
00261 José Wilson H. Nascimento

L

00262 Lucimar Rago
00263 Ladislau Glaustus
00264 Latife Yasigi
00265 Laura Maria C. Solano
00266 Leda S. B. Garcia
00267 Lenine Vale Soares
00268 Lenio Lara
00269 Leonardo J. Tolendal
00270 Libero Félix de Souza
00271 Licol José Gueto de Almeida
00272 Ligia Moraes Mello
00273 Ligia Moraes Mello
00274 Lindamar de Paiva Braga
00275 Lino Rivas Cervino Neto
00276 Lieeux E. de Borba Telles
00277 Listz Walderayla S. Mauler
00278 Lucas Leonardo L. de Oliveira
00279 Luciane Bastos Lobo
00280 Luciano Souza
00281 Lúcio dos Santos Scaramuzzi
00282 Luís Carlos S. Medina
00283 Luís A. P. Vieira
00284 Luís Antônio Moura
00285 Luís Antônio Saint Pastour Godoy
00286 Luís Carlos Alves
00287 Luís Carlos B. Pines
00288 Luís Carlos de Oliveira
00289 Luís Carlos Lira Lins
00290 Luís Carlos Rodrigues
00291 Luís Fernando C. Gonçalves
00292 Luís Germano R. Machado
00293 Luís Patriota C. Filho
00294 Luís Sérgio de Lima Gomes
00295 Luiz Carlos B. de Osuza
00296 Luiz Carlos Pereira Albuquerque
00297 Luiz E. Bassanese
00298 Luiz Orlando P. de Carvalho

M

00299 M. C. Galvão
00300 Manoel Antônio Albuquerque
00301 Manoel Otávio Monnezzi
00302 Manoel Suliano Filho
00303 Manoel Teodomiro de Moraes
00304 Mara Cristina Moreira de Andrade
00305 Marcelo Dos G. O. Junqueira
00306 Marcelo Feijo de Melo
00307 Márcia A. Menon
00308 Márcia Eliane Couto Colesio
00309 Márcia Jacobs Castanheira
00310 Márcia Maria de Oliveira
00311 Marcílio Paulo de Antunes
00312 Márcio Carrijo Ferreira
00313 Márcio Costa Leite de Oliveira
00314 Márcio da Silva Moutinho
00315 Marco Antônio de Azevedo
00316 Marco Aurélio Van Erven
00317 Marco C. de Souza Leão
00318 Marco de M. Ribeiro
00319 Marco de Mello Curi
00320 Marco Vinicius Fonte de Souza
00321 Marcos Amaral Silveira
00322 Marcos Cauda
00323 Marcus Tulio Caldas
00324 Margarida Maria Carreiro de Barros
00325 Maria Cristina Grilli
00326 Maria Antonieta Leme
00327 Maria Aparecida Braga
00328 Maria Aparecida Leão Ramos
00329 Maria Conceição do Rosário
00330 Maria Cristina Dafine
00331 Maria Cristina do N. Valle
00332 Maria da Conceição Brabosa de Melo
00333 Maria da Graça M. Santos
00334 Maria de Fátima Canelas Rubim
00335 Maria de Lourdes S. Lima
00336 Maria Francisca Sobrinho
00337 Maria Helena H. K. Khan
00338 Maria Lúcia Lima
00339 Maria Nunes de Souza
00340 Maria Regina R. Torres
00341 Maria Teresa Velloso Spinola
00342 Maria Valéria Lisboa Abreu Lima
00343 Marilu da Silva Stock
00344 Mariluci Cardoso F. dos Santos
00345 Marinalva Pantosa Nunes
00346 Mariston Rafael Alves
00347 Marlene de Carvalho Meira
00348 Maurício Candiotto Guimarães
00349 Maurício Frota
00350 Maurício Giubilei
00351 Maurício Miguel Gabdom
00352 Mauro Breschi
00353 Mércio Ronald
00354 Merciol Duarte de Sá
00355 Messias Carneiro de Moraes
00356 Miguel Ângelo da Cunha Castro
00357 Milton Marques de Medeiros
00358 Moisés Vieira Filho
00359 Morikauzu Yokoyama
00360 Mosasi Mituzaki

N

00361 Neide de Farias
00362 Neide Fernandes
00363 Neiron de Souza e Silva
00364 Neiva Maria Rosário
00365 Nelson Goulart
00366 Nilton de Souza Barros
00367 Nitis Jacon A. Moreira
00368 Norio Okubo
00369 Norma Lottemberg Semer

O

00370 Olene Marta de Queiros Rosas
00371 Olinda Luiza L. A. L. Buss
00372 Olmir de Jesus V. Filho
00373 Orlando Bezerra Monteiro
00374 Orlando César Mazota
00375 Orlando Infante
00376 Osvaldo Loureiro Filho
00377 Osvaldo Luiz Saide
00378 Osvaldo Rodrigues Neves
00379 Oswaldo Ferreira Lobo
00380 Oswaldo Machado Filho
00381 Otávio Furnam
00382 Otávio Pimentel César

P

00383 Paulo Agarate Vasques
00384 Paulo Cadete
00385 Paulo Célio Monteiro
00386 Paulo de Tarso Ramacciotti
00387 Paulo de Tarso Ubinha
00388 Paulo L. G. [illegible]
00389 Paulo Fernandes
00390 Paulo Mancini
00391 Paulo Márcio Pereá
00392 Paulo Maurrivee Pinto
00393 Paulo Roberto Pinto Ferreira
00394 Paulo Roberto Rodrigues Lopes
00395 Paulo Sandoval
00396 Paulo Soares Coutto
00397 Paulo Zampiewn
00398 Pedro Chaconde de Assis
00399 Pedro Daniel Kartz
00400 Pedro Ernesto de Almeida e Silva
00401 Pedro Monteiro Bastos Filho
00402 Persio R. G. Reis
00403 Priscila Cavallari Fernandes
00404 Priscila Maria G. M. Souza Costa

R

00405 Raimundo M. de Oliveira
00406 Raimundo Teixeira Maciel
00407 Ramiro Lopes Pereira
00408 Raul Carneiro Gomes Filho
00409 Rawlison Prestes Lemos
00410 Regina Nascimento
00411 Reinaldo Silva
00412 Renato Marot
00413 Ricardo Cardoso Pinheiro
00414 Ricardo de Carvalho Ribeiro
00415 Ricardo M. Prado Lima
00416 Ricardo Maciel Pradolina
00417 Ricardo Melhem Abdo
00418 Ricardo Mendes Pereira
00419 Rimon Hault
00420 Rita Motta Barbosa
00421 Roberto de Jesus Aledo
00422 Roberto Alves Cardoso
00423 Roberto Alves Pereira
00424 Roberto Dinis Costa
00425 Roberto Lúcio Vieira de Souza
00426 Roberto Machado
00427 Roberto Tomero P. Dos Santos
00428 Roberto Willian Borges
00429 Roger Gilberto Bolano Reyes
00430 Ronaldo Campos Leão Castello
00431 Ronaldo Dantas
00432 Ronaldo Kobayashi
00433 Ronaldo Xavier de Oliveira
00434 Rosaldo Iturbide Purajji
00435 Rosane C. da Silva
00436 Rosane M. Prein da Vitória
00437 Rosane Silveira
00438 Rosângela Dinis
00439 Rubens Carlos Peguin
00440 Rubens Luiz Cardoso Valle
00441 Rubens Rassi
00442 Ruy de Almeida Boechat

S

00443 Salomão Rodrigues Filho
00444 Samir Abrão
00445 Samyr Helou
00446 Sandoval Filho
00447 Sauder Cunha
00448 Scharif Kurban
00449 Sérgio S. Kaio
00450 Sérgio Suzuki
00451 Sérgio A. Monteiro Santos
00452 Sérgio Abreu de Lima
00453 Sérgio Bourbon Cabral
00454 Sérgio de Freitas
00455 Sérgio Lopes Del Monteiro
00456 Sérgio Luiz de Arruda Reis
00457 Sérgio Nasson Coura
00458 Sérgio Ouaga
00459 Sérgio Ricardo Hottotian
00460 Sérgio Von Ktullmer Hubner
00461 Severino Gomes Calvete
00462 Shizoko Koga
00463 Sidnei Santos
00464 Silvana Turrato Miotta Simoucello
00465 Silvia Moncario de Oliveira
00466 Silvia Regina G. Fenerich
00467 Silvio Celso Ferreira
00468 Silvio Romero de Souza Franca
00469 Simone Leite N. Barreto
00470 Sônia M. Hermot Nascimento
00471 Sônia Maria Viana
00472 Soraya Solomão
00473 Stela Norma Benevides Castello
00474 Sueli S. de Souza Soares

T

00475 Tadeu Fernando Avancini
00476 Tales de Carvalho Camera
00477 Tânia Berenice S. Torlo
00478 Tânia Biscuola
00479 Tânia Lúcia Gel
00480 Tatiana de C. Pascoali
00481 Thereza Cansação
00482 Thyrso Ramos Filho
00483 Toniomar Lamonier Atalina

U

00484 Urbano Maurício da Costa
00485 Urico Gadelha Oliveira Neto
00486 Ustin Wer

V

00487 Valéria de Lacerda Costa
00488 Valéria Drumond
00489 Valter Filguetras Pessoa
00490 Vânia Sato J. Pilus
00491 Vera Lúcia Xavier O. Souza
00492 Verli José de Oliveira
00493 Vilma Ferreira de Oliveira
00494 Virgílio Ferran Neto
00495 Vito Vicente Capit

W

00496 Wagner de Souza
00497 Wagner Dias de Moraes
00498 Waldech Ferreira da Silva
00499 Walter Chaves
00500 Walter H. Frota
00501 Walter Massi
00502 Walter Sinao Abumarrul
00503 Walter Soller
00504 Wanderley Barros de Campos
00505 Washington Franca
00506 Watson Helvecio Freitas Queiros
00507 Weakerl C. Batista
00508 Wenceslau Gardini
00509 Wilson A. A. Gralha
00510 Wilson Freitas
00511 Wilson Narita Gonçalves

Y

00512 Ykio Maeda

Z

00513 Zazzi Zanuzo

Psiquiatras e demais profissionais de saúde mental (*1) repudiam o projeto de lei nº 3657, já aprovado pela Câmara dos Deputados, que põe em risco toda a assistência aos doentes mentais do País.

Aos Senadores da República

Os abaixo-assinados tomam a liberdade de alertar os nobres Senadores sobre a gravidade do problema de que trata o projeto proveniente da Câmara cuja aprovação liquida 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 a própria sorte sem o amparo que o poder público tem o dever de oferecer-lhes.

Há, como justificativas do referido projeto, aberrações, tais como:

1 — Que o ato médico do psiquiatra decorre de seu "poder de sequestro" (A palavra sequestro foi empregada com esse fim 3 vezes na "Justificação" e 1 vez no próprio texto do Congresso Nacional);

2 — Que o hospital psiquiátrico seja violento, desumano e "gerador de doença", formando-se um "parque nacional" de "estruturas de coerção";

3 — Que no Brasil há uma "irrefreável e poderosa rede de manicômios privados", a qual impede a rede pública de modernizar-se...; e

4 — Que é urgente extinguir a rede disponível, sugerindo sua substituição pela "experiência italiana", instaurada pela "Lei Basaglia"...

Algumas considerações são por nós julgadas pertinentes:

— O ato psiquiátrico não se distingue dos demais procedimentos médicos e seus objetivos são também comuns: diagnóstico, tratamento e reinserção social de pacientes sempre que possível.

— É evidente no projeto a intenção de iludir o legislador induzindo-o a acreditar que os Hospitais Psiquiátricos e os Manicômios são única e mesma coisa. Tenta passar a idéia de que todas as internações são compulsórias e implicam em confinamento.

Ao contrário, os Hospitais Psiquiátricos Brasileiros tanto públicos quanto privados são instituições abertas.

O Manicômio é, no entanto, instituição diretamente ligada a Justiça e obediente aos seus preceitos. Aí sim, se dá a internação compulsória ditada pela Autoridade Judiciária nos casos de pacientes-delinquentes que ficam, assim, ao abrigo do sistema carcerário comum, e recebem assistência psiquiátrica contínua.

— A qualidade do Hospital Psiquiátrico Brasileiro deixa a desejar e é tarefa do poder público criar condições de melhor assistência hospitalar, que de nenhuma forma pode ser descartada. Para tanto é necessário uma reforma da legislação vigente e o fiel cumprimento de suas determinações.

— A criação de modelos alternativos, se resume no País, na existência de Hospitais Dia e Hospitais Noite, que mesmo inaugurados, jamais funcionaram e na criação de rede ambulatorial (que ora inexiste) descentralizada e regionalizada que aproxime o paciente dos recursos que lhes são oferecidos, única maneira de dar continuidade ao tratamento e provocar redução do escandaloso índice de reinternações que alimenta os Hospitais Públicos e Privados.

— A existência de modelos alternativos precede a desativação dos leitos, já que o procedimento contrário significa condenar os doentes mentais a indigência que reforçará a mendicância e aumentará a população carcerária, tal como ocorreu na Itália do dr. Basaglia.

Cabe acrescentar que o Brasil, segundo a última aferição comparativa com outros países, oferece 0.5 leitos psiquiátricos por mil habitantes, contra 3.7 nos EUA, 4.4 no Reino Unido, 0.9 na Argentina (OMS — publicação: 23/76). O parâmetro recomendado pela OMS é de um leito/mil habitantes, o dobro da oferta brasileira.

— No que diz respeito a participação da Autoridade do Judiciário no processo de Assistência Psiquiátrica, ela é pertinente, quando solicitada pela família, pelo psiquiatra ou pelo próprio paciente.

Pelas aludidas razões, pedimos a rejeição do referido projeto e sua substituição por outro que efetivamente reformule a assistência psiquiátrica e proteja o doente mental, provendo-o em todas suas necessidades.

MÉDICOS PSIQUIATRAS

A
00001 Abarão Nunes da Silva
00002 Aceffici Martins Filho
00003 Adalberto Rodrigues da Silva
00004 Adalgisa Lima de Abreu
00005 Aécio Paiva Valença
00006 Agamenon de Queirós Caldas
00007 Agenor Pares de Lima
00008 Agostinho Sérgio Fara Leite
00009 Ailton Cabral Fraga
00010 Alberto Albino de Almeida Neto
00011 Alceu José Soares
00012 Alcimar Pereira da Silva
00013 Alessandra Barbosa da Silva
00014 Allessandra Calabria
00015 Alexandre Elk Filho
00016 Alexandre Martins Valença
00017 Alfredo Augusto R. Toscano Júnior
00018 Alfredo H. Terra de Souza
00019 Alfredo Luiz e Silva da Silva
00020 Alina Landt
00021 Aloísio Lopes Pituil
00022 Altino Bessa Marques Filho
00023 Aluísio Martins Pinto
00024 Álvaro Roque de Santana
00025 Amilcar Rosado Soto
00026 Ana Catarina Pereira da Silva
00027 Ana Cristina Lemos
00130 Emanoel Rodrigues de Mello Filho
00131 Erika M. W. Almeida
00132 Ethel M. Ferreira Penna
00133 Eurípedes P.
00134 Eva Attaderno
00135 Evandro Pereira Soares
F
00136 Fábio Delboux Guimarães
00137 Fábio Henrique Malzone
00138 Fábio Miguel Ribeiro
00139 Fábio Roberto Bevilaqua Penna
00140 Fanny Kaori Uami
00141 Feliciano Abdon Araújo Lima
00142 Fernando Antônio Silva
00143 Fernando Antônio S. Filizola
00144 Fernando Filijoli
00145 Flávio Márcio Fernandes
00146 Flávio Pires
00147 Francisco Alves da Silva
00148 Francisco Antônio
00149 Francisco Antônio Maria de Paoli
00150 Francisco de A. do C. Andrião
00151 Francisco de Assis Araújo
00152 Francisco E. Dioro
00153 Francisco Telles de Menezes Neto
00154 Francisco Xavier P. S Neto
G
00155 Genário Freire de Medeiros
00259 José T. Toledado
00260 José Vieira de Lima
00261 José Wilson H. Nascimento
L
00262 Jucimar Rago
00263 Ladislau Giaustuz
00264 Latife Yasigi
00265 Laura Maria C. Soiano
00266 Leda S. B. Garcia
00267 Lenine Vale Soares
00268 Lenio Lara
00269 Leonardo J. Toiendal
00270 Libero Félix de Souza
00271 Licol José Gueto de Almeida
00272 Ligia Moraes Mello
00273 Ligia Moraes Mello
00274 Lindumar de Palva Braga
00275 Lino Rivas Cervino Neto
00276 Liseux E. de Borba Telles
00277 Lisz Waldernyia S. Mauler
00278 Lucas Leonardo L. de Oliveira
00279 Luciane Bastos Lobo
00280 Luciano Souza
00281 Lúcio dos Santos Scaramuzzi
00282 Luis Carlos S. Medina
00283 Luis A. P. Vieira
00284 Luis Antônio Moura
00285 Luis Antônio Saint Pastour Godoy
00388 Paulo E. G. Picanço
00389 Paulo Fernandes
00390 Paulo Mancini
00391 Paulo Márcio Peres
00392 Paulo Maurrivee Pinto
00393 Paulo Roberto Pinto Ferreira
00394 Paulo Roberto Rodrigues Lopes
00395 Paulo Sapdoval
00396 Paulo Soares Contio
00397 Paulo Zamplewn
00398 Pedro Chaconde de Assis
00399 Pedro Daniel Kautz
00400 Pedro Ernesto de Almeida e Silva
00401 Pedro Monteiro Bastos Filho
00402 Persio R. G. Reis
00403 Priscila Cavallari Fernandes
00404 Priscila Maria G. M. Souza Costa
R
00405 Raimundo M. de Oliveira
00406 Raimundo Teixera Maciel
00407 Ramiro Lopes Pereira
00408 Raul Carneiro Gomes Filho
00409 Rawlison Prestes Lemos
00410 Regina Nascimento
00411 Reinaldo Silva
00412 Renato Marot
00413 Ricardo Cardoso Pinheiro
00414 Ricardo de Carvalho Ribeiro

00028 Ana Lúcia de O. Stephan
00029 Ana Maria de M. Coutinho
00030 Analy Fagundes Dias Fonseca
00031 André Pereira
00032 André Dedalide Rutto Morelli
00033 Ângela Barros
00034 Ângela Tavares Bezerra
00035 Anita Maria de Oliveira
00036 Antero Machado de Mello Neto
00037 Antonio Alberto T. Serra
00038 Antônio Carlos Guerra
00039 Antônio Carlos Jurema
00040 Antônio Carlos T. de Oliveira
00041 Antônio Eduardo M. de Jesus
00042 Antônio José Fernandes Ivo Lemos
00043 Antônio Miranda Chaves Pedreira
00044 Antônio O. de Aquino
00045 Antônio Paulo de Barros
00046 Antônio T. Bonalume
00047 Antônio Teixeira Lobo Júnior
00048 Antônio Yucabian
00049 Arlberto Francisco Rocha
00050 Armando de Aguiar Matos
00051 Aron Levy
00052 Aryvalter da Rocha O. Júnior
00053 Augusto Fonseca da Costa
00054 Aylton Moreira da Silva Júnior

B

00055 Benedetti Kalil Saba
00056 Benedito da Silva Neto
00057 Benedito Gonçalves de Souza
00058 Benjamin de Brito Bacelar
00059 Bernadete Daou Verentach
00060 Bolivar Freire de Aquino
00061 Bonifácio N. Meneses
00062 Breno Linhares

C

00063 Carlos Alberto A. Cruz
00064 Carlos Alberto Gonçalves de Freitas
00065 Carlos Antônio Batista Calixto
00066 Carlos Augusto Barros
00067 Carlos Augusto Scamparini
00068 Carlos Barreto Carvalho
00069 Carlos Brandão Messermberg
00070 Carlos E. B. Carellas
00071 Carlos Eduardo Leal Vidal
00072 Carlos F. Schantes
00073 Carlos Gomes Ritter
00074 Carlos Henrique da Costa
00075 Carlos Roberto Amuntas C. Barros
00076 Carlos Roberto Peres
00077 Carol Alves Borges
00078 Cauby Araújo
00079 Célia Regina de Souza
00080 Celso Luiz Cattacpo
00081 César Ribeiro Fernandes
00082 Chiles Buss Júnior
00083 Cibele P. C. Monteiro
00084 Cintia Marcondes Fernandes
00085 Ciro Bolivar A. Moreira
00086 Claudemir Bongi
00087 Cláudio Almeida Schimidt
00088 Clauvaldo Rapeli
00089 Clayton Tomé
00090 Cleide R. Pereira
00091 Cleison Francisco Millen
00092 Clidenor Freitas Santos
00093 Cory José dos Santos

D

00094 Dahe Gattaz
00095 Dalka Castanheira Battaz
00096 Dalva Carrochini
00097 Darci Doto
00098 Darcy Fernandes C. Nadir
00099 Dário Doreto
00100 Dário Duraes Ferreira Penna
00101 Dário H. Garcia
00102 David Kacoglion
00103 Décio Galdi
00104 Denise Sopper
00105 Dianlas Vidigal
00106 Domingas G. V. Marcolla
00107 Dulce Terezinha Tarculli
00108 Durren Glória Camargo de Santana

E

00109 Edésio Guimarães Guerra
00110 Edésio Lira
00111 Edgard Júlio de Oliveira
00112 Edmur M. Freitas
00113 Édson Alves de Barros
00114 Édson Costa da Silva
00115 Édson de Araújo Silva
00116 Eduardo Alves Coelho
00117 Eduardo Brandão Guimarães
00118 Eduardo Cunha
00119 Eduardo Kiyomi Hisatsugi
00120 Eduardo Nonegshi
00121 Eduardo Pinheiro Moura
00122 Eduardo Pinto de Mendonça
00123 Eduardo Quadros Spinola
00124 Eduardo Rodrigues de Mello Filho
00125 Eduardo Silva Santos
00126 Eliana Curatolo
00127 Eliane Dantos Pereira
00128 Elizabeth Vieira F. da Cunha
00129 Elso Barbisan
00156 Genival Duarte dos Santos
00157 Geraldo Barreto Santos
00158 Geraldo Walter Heilbuth Júnior
00159 Gérson Ballester
00160 Gérson Dennys Rohloff
00161 Gilvandro Macena Lira
00162 Giordano Estevão
00163 Giovani Bandeira de Moraes
00164 Gisela Taffari
00165 Giveno Nascimento Queiros
00166 Glauco Correa de Araújo
00167 Guariel da Costa Barbosa
00168 Gustavo Adolfo Mattos

H

00169 Harry Meregio Júnior
00170 Hebert de Mattos Oliveira Filho
00171 Helena Iwasaka Toscano
00172 Heliel Speciail Garnier
00173 Hélio Grilo Filho
00174 Hélio Issão Sato
00175 Hélio Rotemberg
00176 Hélio S. Amâncio de Camargo
00177 Hélvio Carpim Corrêa
00178 Henrique Valente
00179 Henver Ribeiro de Paiva
00180 Herculio Ottoni Viviani Campos
00181 Hércio Arantes
00182 Hugo de Paiva Teixeira Júnior
00183 Humberto C. Franca Júnior
00184 Humberto V. Freitas

I

00185 Idália Maria Camelier de A. Cardoso
00186 Iza Borges Pereira
00187 Inês Zulema Sucar
00188 Irakema T. C. de Albuquerque
00189 Irany Telles
00190 Isidoro Lourenço Silva
00191 Ismael Gripp
00192 Ismênia A. Albuquerque
00193 Isuelo B. Martins
00194 Ivan Neves
00195 Ivan Ramos de Oliveira
00196 Ivan Vitória Junqueira

J

00197 J. Bastos da Costa
00198 J. Peixoto de Oliveira
00199 Jacintho Godoy Filho
00200 Jacintho Spint Pastouri Godoy
00201 Jaiber R. de Paulo
00202 Jaime Bezerra Santana
00203 Jaime Vaz Brasil
00204 Jairo Dias
00205 Janduirtes José de Figueredo
00206 Jane Marly Bracalossi
00207 Jayme Cesar Arazi Cohen
00208 Jayme Tadeu dos Santos
00209 Jefferson M. Fernandes
00210 Jeovah C. de Souza
00211 Joacyr Sales Barros
00212 João Alberto O. de Campos
00213 João Bosco Gonçalves Machado
00214 João Carlos Belo da Fonte
00215 João Eli de Oliveira
00216 João Francisco C. Neto
00217 João Grau Brigagão
00218 João Zichinh Hause
00219 Joaquim Camelo Sena Neto
00220 Joaquim José de Souza Costa Neto
00221 Joaquim Pereira de Albuquerque
00222 Joari Cruvinel Ferreira
00223 Joel Borba Filho
00224 Joilson Fernandes de Andrade
00225 Jorge José Silva de Andrade
00226 José Carlos de Abreu Lima
00227 José Alberto N. de Souza Santos
00228 José André K. Marins
00229 José Areal
00230 José Artur Rochsato
00231 José Augusto Gavisti
00232 José Bernardino Carneiro
00233 José Carlos Barbosa Filho
00234 José Carlos Nasitere
00235 José Carlos Salzani
00236 José Cássio Dutra Vaz
00237 José Cássio S. Silveira
00238 José de Freitas
00239 José de Melo Ferreira
00240 José de Oliveira Amaral
00241 José Eduardo do Amaral
00242 José Eduardo Miguel de Oliveira
00243 José Flávio Bergamo
00244 José Hélio Cabral Freire
00245 José Joaquim de Medeiros Rocha
00246 José Luiz Condotta
00247 José Luiz Pacheco
00248 José Marcelo F. de Golo
00249 José Marcelo Monteiro
00250 José Marcondes F. de S. Serrano
00251 José Marques Costa Filho
00252 José Martins Arruda
00253 José Misi Júnior
00254 José Muniz Júnior
00255 José O Dali
00256 José Ricardo de Abreu
00257 José Roberto P. Mendonça
00258 José Silva Neme
00286 Luis Carlos Alves
00287 Luis Carlos B. Pines
00288 Luis Carlos de Oliveira
00289 Luis Carlos Lira Lins
00290 Luis Carlos Rodrigues
00291 Luis Fernando C. Gonçalves
00292 Luis Germano R. Machado
00293 Luis Patriota C. Filho
00294 Luis Sérgio de Lima Gomes
00295 Luiz Carlos B. de Souza
00296 Luiz Carlos Pereira Albuquerque
00297 Luiz E. Bussanese
00298 Luiz Orlando P. de Carvalho

M

00299 M. C. Galvão
00300 Manoel Antônio Albuquerque
00301 Manoel Otávio Monnezzi
00302 Manoel Sulliano Filho
00303 Manoel Teodomiro de Moraes
00304 Mara Cristina Moreira de Andrade
00305 Marcelo Dos G. O. Junqueira
00306 Marcelo Feijo de Melo
00307 Márcia A. Menon
00308 Márcia Eliane Couto Coleslo
00309 Márcia Jacobs Castanheira
00310 Márcia Maria de Oliveira
00311 Marcílio Paulo de Antunes
00312 Márcio Carrijo Ferreira
00313 Márcio Costa Leite de Olivetra
00314 Márcio da Silva Moutinho
00315 Marco Antônio de Azevedo
00316 Marco Aurélio Van Erven
00317 Marco C. de Souza Leão
00318 Marco de M. Ribeiro
00319 Marco de Mello Curi
00320 Marco Vinicius Fonte de Souza
00321 Marcos Amaral Silveira
00322 Marcos Cauda
00323 Marcus Tulio Caldas
00324 Margarida Maria Carreiro de Barros
00325 Maria Cristina Grilli
00326 Maria Antonieta Leme
00327 Maria Aparecida Braga
00328 Maria Aparecida Leão Ramos
00329 Maria Conceição do Rosário
00330 Maria Cristina Dafne
00331 Maria Cristina do N. Valle
00332 Maria da Conceição Brabosa de Melo
00333 Maria da Graça M. Santos
00334 Maria de Fátima Canelas Rubim
00335 Maria de Lourdes S. Lima
00336 Maria Francisca Sobrinho
00337 Maria Helena H. K. Khan
00338 Maria Lúcia Lima
00339 Maria Nunes de Souza
00340 Maria Regina R. Torres
00341 Maria Teresa Velloso Spinola
00342 Maria Valéria Lisboa Abreu Lima
00343 Marilu da Silva Stock
00344 Marilucí Cardoso F. dos Santos
00345 Marinalva Pantosa Nunes
00346 Mariston Rafael Alves
00347 Marlene de Carvalho Meira
00348 Maurício Candiotto Guimarães
00349 Maurício Froza
00350 Maurício Giubilei
00351 Maurício Miguel Gabdorn
00352 Mauro Breschi
00353 Mércio Ronald
00354 Mercíol Duarte de Sá
00355 Messias Carneiro de Moraes
00356 Miguel Ângelo da Cunha Castro
00357 Milton Marques de Medeiros
00358 Moisés Vieira Filho
00359 Morikazu Yokoyama
00360 Mossei Mituzaki

N

00361 Neide de Farias
00362 Neide Fernandes
00363 Neiron de Souza e Silva
00364 Neiva Maria Rosário
00365 Nelson Goulart
00366 Nilton de Souza Barros
00367 Nitis Jacon A. Moreira
00368 Norio Okubo
00369 Norma Lottemberg Semer

O

00370 Olene Marta de Queiros Rosas
00371 Olinda Luiza L. A. L. Buss
00372 Olmir de Jesus V. Filho
00373 Orlando Bezerra Monteiro
00374 Orlando César Mazota
00375 Orlando Infante
00376 Osvaldo Loureiro Filho
00377 Osvaldo Luiz Saide
00378 Osvaldo Rodrigues Neves
00379 Oswaldo Ferreira Lobo
00380 Oswaldo Machado Filho
00381 Otávio Furnam
00382 Otávio Pimentel César

P

00383 Paulo Agarate Vasques
00384 Paulo Cadete
00385 Paulo Célio Monteiro
00386 Paulo de Tarso Ramacciotti
00387 Paulo de Tarso Ubinha
00415 Ricardo M. Prado Lima
00416 Ricardo Maciel Pradolina
00417 Ricardo Melhem Abdo
00418 Ricardo Mendes Pereira
00419 Rimon Hauli
00420 Rita Motta Barbosa
00421 Roberto de Jesus Aledo
00422 Roberto Alves Cardoso
00423 Roberto Alves Pereira
00424 Roberto Dinis Costa
00425 Roberto Lúcio Vieira de Souza
00426 Roberto Machado
00427 Roberto Tomero P. Dos Santos
00428 Roberto Willian Borges
00429 Roger Gilberto Bolano Reyes
00430 Ronaldo Campos Leão Castello
00431 Ronaldo Dant s
00432 Ronaldo Kobayashi
00433 Ronaldo Xavier de Oliveira
00434 Rosaldo Iturbide Putnjli
00435 Rosane C. da Silva
00436 Rosane M. Prein da Vitória
00437 Rosane Silveira
00438 Rosângela Dinis
00439 Rubens Carlos Peguin
00440 Rubens Luiz Cardoso Valle
00441 Rubens Rassi
00442 Ruy de Almeida Boechat

S

00443 Salomão Rodrigues Filho
00444 Samir Abdo
00445 Samyr Helou
00446 Sandoval Filho
00447 Sauder Cunha
00448 Scharif Kurban
00449 Sérgio S. Kato
00450 Sérgio Suzuki
00451 Sérgio A. Monteiro Santos
00452 Sérgio Abreu de Lima
00453 Sérgio Bourbon Cabral
00454 Sérgio de Freitas
00455 Sérgio Lopes Del Monteiro
00456 Sérgio Luiz de Arruda Reis
00457 Sérgio Nasson Coura
00458 Sérgio Osaga
00459 Sérgio Ricardo Hottotian
00460 Sérgio Von Ktullmer Hubner
00461 Severino Gomes Calvete
00462 Shizoko Koga
00463 Sidnei Santos
00464 Silvana Turrato Miotta Simoucello
00465 Silvia Moncarlo de Oliveira
00466 Silvia Regina G. Fenerich
00467 Silvio Celso Ferreira
00468 Silvio Romero de Souza Franca
00469 Simone Leite N. Barreto
00470 Sônia M. Hermot Nascimento
00471 Sônia Maria Viana
00472 Soraya Solomão
00473 Stela Norma Benevides Castello
00474 Sueli S. de Souza Soares

T

00475 Tadeu Fernando Avancini
00476 Tales de Carvalho Camera
00477 Tânia Berenice S. Torio
00478 Tânia Biscuola
00479 Tânia Lúcia Gel
00480 Tatiana de C. Pascoali
00481 Thereza Carnsação
00482 Thyrso Ramos Filho
00483 Tonkomar Lamonier Atalina

U

00484 Urbano Maurício da Costa
00485 Urico Gadelha Oliveira Neto
00486 Ustin Wer

V

00487 Valéria de Lacerda Costa
00488 Valéria Drumond
00489 Valter Filgueiras Pessoa
00490 Vânia Sato J. Pilus
00491 Vera Lúcia Xavier O. Souza
00492 Verli José de Oliveira
00493 Vilma Ferreira de Oliveira
00494 Virgílio Ferran Neto
00495 Vito Vicente Capit

W

00496 Wagner de Souza
00497 Wagner Dias de Moraes
00498 Waldech Ferreira da Silva
00499 Walter Chaves
00500 Walter H. Frota
00501 Walter Massi
00502 Walter Sinao Abumarrul
00503 Walter Soller
00504 Wanderley Barros de Campos
00505 Washington Franca
00506 Watson Helvecio Freitas Queiros
00507 Weakerl C. Batista
00508 Wenceslau Gardini
00509 Wilson A. A. Gralha
00510 Wilson Freitas
00511 Wilson Narita Gonçalves

Y

00512 Ykio Maeda

Z

00513 Zazzi Zanuzo

(*) Foram publicadas apenas as adesões de psiquiatras. Os nomes dos outros três mil 200 profissionais de Saúde Mental deixam de ser divulgados por falta de espaço.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

ISTITUTO DI CLINICA PSICH[illegible]
Direttore: Prof. L. RA[illegible]

Via Cherasco 11 - 10126 Torino
Direzione - Tel. (011) 695 16.70
Segreteria - Tel. (011) 63 48.48
Telefax (011) 67.34.73

Torino, 2/7/1991

Dear

it has been thirteen years since the 180-law for psychiatric assistence was promulgated and the condition of mental disordereds in Italy has not yet improved. The reason is in having closed the Psychiatric Hospitals (OP) without having prearranged any hospital ward and any alternative surgery. After the 180-law the psychiatric assistence is limited to outpatients' care and to the very small Psychiatric Services of Diagnosis and Health Care (SPDC) that are into the general hospitals and where acute mental disordereds are hospitalized for few days (7-15 days), not always sufficient to solve some acute psychotic attacks and relapses. The territorial surgeries, for lack of professionally prepared medical doctors and psychiatric attendants, are not able to give an adequate assistance, in particular the domiciliary one.

There's great lack of "intermediate structures" for psychiatric treatment for those patients who need a prolonged integrated therapy, "sheltered" communities and residencial communities for the schizophrenic disorders which are poorly responders to drugs and that are characterized by difficult relationships and serious social problems.

So the families are usually obliged to keep the patients at home with great troubles for the patients itself and for his family that is not able to give him an adequate assistance both from a tecnical and from an affective point of view.

The result is that many patients are forsaken and without any assistences, expecial[illegible] . the South of Italy.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

ISTITUTO DI CLINICA PSICHIATRICA
Direttore: Prof. L. Ravizza

Via Cherasco 11 - 10126 Torino
Direzione - Tel. (011) 696.16.70
Segreteria - Tel. (011) 69 48 48
Telefax (011) 67.34.73

During the seventies and the first eighties many mental disordereds were discharged from Psychiatric Hospitals and lodged in old-people's homes without any specialistic assistence. In all of Italy, 35.000 mental disordereds are still hospitalized in the Psychiatric Hospitals (OP) as "guests" with very poor assistence. Some other patients have been lodged in hotels where no care is guaranteed by medical doctors or qualified assistants.

Since two years, the situation is improved in Piemonte, Lombardia e Veneto, i.e. in North Italy where some Centers for Psychiatric Therapy and "sheltered" communities are being arranged.

This year our Governement has introduced a bill to the Parliament for the modification of the 180-law, but I'm afraid it will not be carried out. In fact next year there will be the political elections and so our Minister of Health and his social and health politic could be changed. To induce our Governement and our Public Administration to improve the assistence, two associations of mental disordereds families have been constituted.

As you can see the actual situation is not amazing, but it needs urgent economical, legislative and health measures.

I realize this is perhaps a too brief report, but, if necessary, I will be able to give you further information on specific questions.

My best regards,

Prof. Luigi Ravizza

I think I will see you in August in Rome for the World Psychiatric Meeting. Ciao a presto!
The Symposium on Psychoanalysis with Prof. Cazzullo.
Ciao
L. Ravizza

para o lucro: o hospital-dia, o hospital-noite, os centros de convivência (ou conivência?), alem das pensões e ambulatórios. É verdade que as Associações dos proprietários de casas de saude da rede privada já não reclamam tanto. Parece que entenderam "o espírito da coisa". Certamente puxaram melhor o luminoso("light") petista em suas recentes pregações, como as pronunciadas há dias na Colonia Juliano Moreira: não é ele contra o lucro. Muito ao contrário, como um bom constitucionalista, defende a propriedade privada... mesmo que seja utilizada na exploração da loucura. E para a melhoria do tratamento psiquiátrico, pretende que surta efeito a doutrinação num sentido mais humanista... E só.

Eis as soluções para tão grave problema que nos apresenta o parlamentar do Partido dos Trabalhadores. Gostaria de saber se essa é a opinião oficial da Direção Nacional do P.T.. A omissão de tal orgão de direção partidária (pois que ainda não opinou a respeito), leva-nos a crer que apoia a posição de seu deputado mineiro.

Mais um aspecto da referida lei e da posição de seus defensores merece ser ainda abordado. De vez que se pretenda levar a modernidade para o campo da saude mental, devem saber os "modernistas" que as perturbações mentais são atualmente encaradas -sem que se subestimem as predisposições orgânicas - como resultantes da vida, ou melhor, das dificuldades da vida em todos seus vários setores. São manifestações cuja gênese mais se localiza no campo psico-social. São, pois, patologias sociais. A Psiquiatria (assim como a Psicologia), embora tenha nascido em laboratórios e hospitais, isto é, no âmbito médico, é, hoje, melhor compreendida ao lado das outras ciências humanas, como a Psicologia, a Filosofia, a Antropologia, alem da Linguistica e das artes em geral, devendo sair, assim, do campo clínico. Então, porque internar pacientes psiquiátricos em hospitais gerais? Porque voltar à psiquiatria organicista, kraepeliniana? A falta de estudos e de aprofundamento científico é que tem dificultado a muitos profissionais da area o entendimento da natureza e da origem do adoecer mental. É o que explica a tão pobre contribuição teórica às novas psicoterapias que possuem visão mais social e filosófica. Os Baságlia só adotaram a murreta demolidora.

Parece que os defensores da tão demagógica lei jamais mantiveram contato mais íntimo com uma família aflita por não poder se ocupar devidamente com o seu "elo mais enfraquecido" e que sofridamente anseia por uma internação e tratamento público e gratuito para seu ente querido e transtornado. No tempo da ditadura militar consegui internar pacientes em hospitais públicos, contando ainda com ambulância que foi buscar os assistidos em seus domicílios. Será que, ao mirar o futuro, teremos que nos virar para o passado e exclamar: "Ah! Que bons tempos!"? Espero que não. Acredito que a luta conseqüente dos trabalhadores em saúde mental ressurgirá. Com novos companheiros e, possivelmente, com muitos dos antigos companheiros que hoje, acomodados profissionalmente ao sistema, seguem trilha equivocada.

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 1991

Carlos Augusto Martins

Rio de Janeiro, 30 de agosto de 1991

Exmo. Sr.
Senador Darcy Ribeiro

Gostaria de expor as razões pelas quais me posiciono contra o texto do projeto lei 0008/91.

Atenciosamente,

Prof.Dr.Jorge Alberto Costa e Silva
Presidente
Associação Mundial de Psiquiatria

CONSIDERAÇÕES

1. Considerando que a situação da assistência psiquiátrica brasileira é bastante precária e que poderá se tornar caótica com a implantação de uma política inadequada para a assistência aos enfermos mentais.

2. Considerando que a assistência psiquiátrica está necessitando de uma revisão, mas baseada em fundamentos exclusivamente científicos, técnicos, e não político partidários ou de interesse de grupos particulares.

3. Considerando que o projeto de lei em pauta irá inibir e tutelar a ação do psiquiatra e da psiquiatria.

4. Considerando que o psiquiatra não é o carcerário do doente mental (Henry Ey), e sim como afirmou o mestre brasileiro, Ulysses Pernambucano, o Curador natural do doente mental.

5. Considerando que este projeto de lei contraria os princípios técnicos e científicos que norteiam a prática psiquiátrica observados no mundo.

6. Considerando que o direito a ser tratado de uma doença mental deve ser garantido a todos que dela sofram.

7. Considerando que já existe um anteprojeto de lei elaborado pela comunidade científica e de saúde mental brasileira no governo anterior, e que foi ignorado na elaboração do presente projeto de lei.

8. Considerando a necessidade de um programa educacional para os profissionais de saúde mental, melhor se prepararem para tratar os doentes mentais.

9. Considerando 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.

10. Considerando que devemos ter as necessárias garantias para que o psiquiatra, a psiquiatria, os profissionais de saúde mental e os doentes mentais tenham assegurados o acesso a todas as alternativas para o tratamento das doenças mentais.

Respeitosamente sugiro que seja elaborada uma lei que respeite as diretrizes da moderna política da assistência psiquiátrica, com fundamentos técnicos científicos.

O lugar do hospício

José Rodrigues de Faria Sobrinho *

Meu filho José Ricardo está esquizofrênico há mais de 10 anos. Todas as formas, modos e maneiras de tratá-lo foram tentadas, às quais se somaram as atitudes e trabalhos do núcleo familiar e de equipes médicas e paramédicas de Brasília para mantê-lo em casa. Hoje ele vive internado em uma clínica de repouso, como a única solução para protegê-lo, e aos outros, das manifestações bizarras de sua enfermidade.

Na condição de pai e, com certeza, expressando a opinião de todos os parentes de pessoas assemelhadas, por este Brasil, encontro-me profundamente preocupado com o futuro desses doentes, tendo em vista o Projeto de Lei nº 3.657, do sr. deputado Paulo Delgado, aprovado pela Câmara Federal, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

Apresenta-se então um estudo de caso, para reflexão, de um tipo de psicose onde se enquadra uma enorme quantidade de pacientes como meu filho. Deve ser considerado que o hospital psiquiátrico, hoje, recebe não somente os vários psicóticos, mas o toxicômano e o alcoólico. Os psicóticos necessitam internação longa, não de poucos dias como as previstas no Projeto, nas unidades psiquiátricas em hospital geral. Nesse, provavelmente, a internação não ultrapassará 15 dias, situação que somente servirá àqueles que têm um surto e, fora da crise, podem naturalmente conviver em sociedade com tratamento ambulatorial. Para uma internação de maior prazo, há necessidade de infra-estrutura não disponível em hospital comum.

No caso de psicóticos, o tratamento não é apenas medicamentoso, mas envolve terapias ocupacionais e outros recursos que demandam tempo, espaço e local tipo casa ou hotel. Não são informações que "eu acho", mas constatações desses quase 11 anos de convivência com a necessidade efetiva da internação por um permanente ou extenso prazo. A existência do centro psiquiátrico em regime de internação longa é, portanto, imprescindível. Na análise do Projeto de Lei destaca-se:

1º) "A proibição da construção de hospital psiquiátrico público e a contratação ou financiamento pelo setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico." — É incompreensível, pois, além dos novos pacientes, deve ser considerada a existência daqueles atualmente internados e já sem nenhum vínculo com a sociedade extramanicômio ou com a própria família (às vezes até pela falta da mesma).

Então, pergunta-se: onde ficarão os doentes quando faltarem leitos, no futuro? Aqui fica caracterizada a colocação elitista do Projeto, pois permite somente a existência das clínicas de repouso, que são particulares.

— Isto acarretará um longo, confuso e difícil processo burocrático, pois apesar de ser aparentemente correta, para evitar internações aviltantes à condição humana, como aquelas do tempo da ditadura, ou agressivas, segundo versão, na internação da sra. Dirce Quadros, ex-deputada federal, é surpreendente, pois transferirá a responsabilidade da internação, em última instância, para um leigo. E também, convenhamos, estruturar toda a sistemática da questão do doente mental, considerando os casos extraordinários, é de uma tolice ímpar. Nesses casos, que se atue conforme o parágrafo terceiro do Projeto, que propõe auditoria periódica nos estabelecimentos manicomiais, com o objetivo de identificar os casos de internação ilegal e zelar pelos direitos dos cidadãos.

Essa colocação, como apologia da liberdade, é também injusta e cruel, pois situa o pai ou outro parente de um doente mental como um seqüestrador que o interna com a conivência de um psiquiatra e demonstra a má intenção ou total ignorância sobre o que seja um surto/crise nos pacientes que, quase sempre, obrigam até o uso da contenção, para sua própria segurança e de terceiros.

A justificativa do Projeto assinala a complexidade da questão psiquiátrica e diz de suas relações com a justiça e o direito, com a cultura, com a filosofia e com a liberdade. Para que tal justificativa fosse correta, deveria o deputado estudar, analisar, vivenciar, visitar e ouvir os envolvidos (principalmente as famílias) para evitar um Projeto de Lei demagógico, político-ideológico e fora da realidade.

A convivência com um esquizofrênico é extremamente fatigante e impossível quando isolado. Suas mutações freqüentes e desconcertantes, suas necessidades inesperadas, suas estranhas e não raro perigosas atitudes, sua não participação ou ajuda em qualquer atividade, sua não identidade (chegando a desconhecer os parentes, até os pais), além de seus atos agressivos (que quase sempre levam à necessidade da ajuda da polícia e/ou corpo de bombeiros), indicam e comprovam que a internação é inevitável.

Ninguém que viva esse problema é contra a liberdade, a vinculação afetiva que existe e deve permanecer, a existência de outros recursos não manicomiais, a melhoria de vida dos doentes mentais (principalmente aqueles que os amam), mas todos conhecem as dificuldades de essas proposições serem implementadas.

É absurda a proposta de solução do problema, onde se generaliza o tratamento dos doentes com problemas mentais, desde o neurótico, passando pelos viciados, por aqueles com graves situações de condutas maníaco-depressivas, até os esquizofrênicos, e se discute o assunto de seus tratamentos como se todos fossem iguais, esquecendo-se de suas diversidades. E é exatamente no nível destes últimos que se incluem os necessitados de internações (às vezes permanentes) e impossibilitados de discutirem seus problemas.

O proponente do Projeto é o arauto de coisa feita no exterior sem saber dos resultados, apologista de Basaglia, sem se dar conta dos mendigos e anormais que perambulam pelas ruas ou nas prisões por não serem cuidados como devem nos manicômios.

Finalmente, pelo desconhecimento de tais assertivas, o Projeto assinala também as interfaces com as diversas atitudes da sociedade para explicar suas emoções, suas relações e seus direitos. Faltam, porém, as relações com os falsos e os maus, que se aproveitam da dor alheia para se promoverem com projetos de repercussões imprevisíveis. Faltam a estas pessoas o mínimo de respeito à condição humana, o mínimo de solidariedade e o mínimo de vergonha.

* *Arquiteto, participou do Grupo de Trabalho que criou o IBAI — Instituto de Saúde Mental —, em Brasília*

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Notícias Psiquiátricas
Boletim Informativo da APERJ

Jul.-Ago.-Set./1991 Número 210

DIRETORIA
1990-1993

Presidente
CÉLIO ASSIS DO CARMO

1º Vice-Presidente
CLAUDIO A.CARNEIRO DA CUNHA

2º Vice-Presidente
HELENA BESSERMANN VIANA

Secretário Geral
JOSÉ ROBERTO BLOIS DE ASSIS

Secretário Adjunto
FERNANDO CARRAZEDO FILHO

Tesoureiro Geral
EROS MENDES GAUDÊNCIO

Tesoureiro Substituto
J.L.CAMPINHO PEREIRA

Orador Oficial
J. CARUSO MADALENA

Curador do Patrimônio
ALMIR A. GUIMARAES

Diretor da Biblioteca
MIGUEL ÂNGELO D'ELIA

Diretor do Arquivo
CLARA HELENA PORTELLA NUNES

Diretor de Sede
MARIA TEREZA SPÍNOLA

Diretor do Museu
J. L. FURTADO CURZIO

CURA POR DECRETO*

Prof. João Paulo dos Santos Gomes**

I - INTRODUÇÃO

Inicialmente gostaria de agradecer à Diretoria da APERJ, da qual com muita honra faço parte há quase dez anos, pelo gentil convite para participar dessa mesa-redonda junto com eminentes colegas os quais admiro e respeito.

Seria leviano de minha parte dizer que há fôlego, para com os minutos que me cabem, fazer uma análise algo aprofundada do tema desse encontro de hoje.

Mas não poderia deixar de emprestar minha modesta contribuição àqueles que realmente pretendem tirar elementos de reflexão, estudo e até mesmo ensinamento para suas futuras ações no contexto de estudar, pesquisar e lidar com a doença mental e com aquele que sofre esse terrível mal anímico. Existe um dogma aceito pelas ciências humanas atualmente: "Os movimentos, as crises e os fenômenos que se produzem na sociedade devem ser explicados unicamente por causas sociais e não psíquicas" (1). Ora, esse é um dogma baseado exclusivamente em ideal pré-moderno e enraizado no preconceito e no narcisismo humano.

"Seguramente as causas psíquicas se diferenciam das causas sociais. Entretanto, todos os fenômenos sociais são realizações dos homens. São suas paixões que estimulam suas grandes realizações políticas, religiosas e culturais que, mais que uma amálgama de interesses e pensamentos, definem os laços que presidem o ser e a ação conjunta"(1).

É partindo dessa idéia que o homem não pode, não deve e não é explicável unicamente pelo social, ao contrário, o social deve ser explicado pelo ho-

mem, e o homem é sua alma, seu psiquismo. Assim, questionamos na base a idéia da "cura por decreto".

II - O Mental é algo ainda a ser atingido

Para nós, que há cerca de trinta anos estamos lidando - em campo - no hospital, no ambulatório, no consultório e nas salas de aula com a complexidade estrutural do ser humano, o assunto em tela se torna cada vez mais fascinante devido à multiplicidade de ângulos, às diferentes matizes que ele pode ser avistado. A sua característica multidisciplinar e fundamentalmente a dupla visão que temos que ter ao focalizar esse assunto: a objetividade dos dados concretos ligados às ciências econômico-sociais e os dados subjetivos interpretados pela psicologia das profundidades, faz com que a busca da verdade seja difícil meta a ser cumprida.

A "busca da verdade", como sentenciava Santo Agostinho, um existencialista cristão - "nos encaminhará não em direção às coisas ou às palavras, mas em direção à nossa própria interioridade ...assim, quando compreendemos o que se exprime pelos signos da linguagem, isto se dá graças a algo que é exterior aos signos e também exterior aos objetos: a nossa interioridade...A palavra, por si só, não é portadora da verdade"(2).

Assim, o mental é como a verdade, melhor dizendo: o mental é a verdade, está sempre um passo adiante de nós, é algo a ser atingido. Só a magia onipotente, a cruel vaidade, o triunfo psicótico pode-se dizer dono e conhecedor da verdade e do mental.

Assim, o mental não está aí, mas se dá, acontece, existe em dado momento e só pode ser percebido pela abordagem do psíquico. Desta forma, repetimos, não há "cura por decreto" porque não se pode parar o anímico.

III - Pobreza, Violência e Saúde Mental

Discutimos hoje, aqui, como sempre o mesmo tema: "O que é doença mental?", como ela se manifesta, como ela se dá e como lidar com ela.

Agostinho fala de uma dualidade corpo-alma onde os objetos externos exercem uma pressão contínua sobre o corpo e este é impressionado por aqueles sem que, no entanto, a alma seja afetada. A Psicanálise fala da dualidade corpo-psiquismo, mas estuda a impressão mútua e recíproca de um com o outro, atribuindo à pulsão esta missão ao mesmo tempo sutil e gigantesca.

É nesse terreno que se estuda e se pode perceber a existência humana em toda sua complexidade e é por aí que se pode descrever, lidar e tentar modificar o dano anímico.

O nosso campo é o da neurose, palavra criada no século dezenove com o sentido de substituir "nervoso" e, para diferenciar de

outras doenças, também de nossa seara, as psicoses e as perversões. A psicanálise entende que estas são tres grandes síndromes não orgânicas e não sociais, isto é, não têm origem em lesões, nem são tóxicas ou biológicas, muito menos promanam de fenômenos sociais.

A psicanálise é uma visão do homem em sua essência, existencial, do homem que se tornou humano e, ao se tornar humano, construiu o social e, para isso se viu obrigado a penalizar sua natureza e afetar sua riqueza interna.

Esse dano causado pela opção social, é vivenciado por cada um de nós, à sua maneira, mas não sem sofrimento uma vez que o prazer é substituído pela realidade. É a capacidade de tolerância a essa frustração, frustração de descobrir que é, que é a si próprio, que não é o outro, que é com... É com os outros, portanto, é social. É esta descoberta que vai mediar nossa relação conosco, com os outros e com a sociedade.

Os fatores de miséria e violência podem contribuir de diferentes maneiras em diferentes seres existentes. A segurança e a riqueza confortam, mas não nos curam de nós mesmos. Como já dizia Sartre: "somos a fuga de nós mesmos" ou em outra parte, "podemos nos curar de uma neurose, mas não nos curamos de nós mesmos".

Diante desta inexorabilidade, como ser tão simplista ou tão inconsciente a ponto de achar que "cura-se a doença mental por lei?".

É preciso disciplinar as relações entre os psicoterapeutas (de diversos matizes e várias linhas) e os acometidos de dano mental, afinal optamos pela vida na sociedade.

Por isso, mais que tudo, e consciente de nossa limitação, a simples leitura do projeto 3.657, nos deixa perplexos, porque fala em liberdade e no seu artigo primeiro começa dizendo: "Fica proibido, em todo território nacional" e assim por diante etc. Fala em "atenção especial aos doentes" e a entrega a leigos (advogados e juízes) esta missão; diz que se baseia no moderno Basaglia, quando todos, todos que estão aqui e os que não estão sabem que o projeto do falecido psiquiatra italiano foi abandonado devido a sua total inoperância e irrealidade; e a psiquiatria italiana se voltou para uma cogitação mais séria a respeito da proteção-tratamento a ser dispensada ao doente mental.

O Projeto 3.657 é violento, pobre e narcisista no plano cultural, porque demonstra um interesse pelo poder e uma desvitalização dos valores humanos. Afinal de contas ninguém foi ouvido antes...

IV - A quem cabe tratar e cuidar do doente?

Ajuda-se aos doentes da mente com medicamentos, com medidas sociais, com leis que protegem o doente da privação de seus bens

ou dos direitos de trabalho e também com psicoterapia ou psicanálise. Os locais "holding" devem ser os modernos hospitais psiquiátricos que podem variar seus atendimentos entre a internação, a permanência acompanhada do paciente somente durante o dia, o acompanhamento noturno e, fundamentalmente o ambulatório onde diversas práticas psicoterapêuticas podem ser articuladas. O "moderno" é a articulação de todas essas medidas juntamente com uma assistência psicológica à família. Esta, acumuladora e geradora de tensões, local social da libido coletiva.

Mas a quem cabe presidir toda esta engrenagem? Ao ESTADO, estamos todos de acordo. Mas não a um Estado totalmente privativista, que simplesmente "lave as mãos" diante das dificuldades psiquiátricas de seus cidadãos e nem a um Estado totalitário, ditatorial, que afinal de contas privilegie o social ao psicológico, o ideológico ao humanístico.

V - CONCLUSÃO

Cabe ao ESTADO gerir, ordenar, disciplinar, orientar, fiscalizar e muitas vezes intervir naquilo que é o bem público. São de Sigmund Freud estas palavras: "Criar-se-ão nesse futuro instituições, nas quais existirão analistas encarregados de manter capazes de resistência e rendimentos homens - que, abandonados a si mesmos se entregariam à bebida - mulheres próximas a desmoronarem sob o peso das privações e de crianças cujo único porvir é a delinquência ou a neurose. O tratamento será naturalmente grátis. Talvez muito tempo decorrerá até que o Estado se dê conta dessa obrigação. As circunstâncias atuais retardarão, talvez, ainda mais esta época e é muito provável que seja a beneficência privada a iniciadora da fundação de tais institutos. Mas certamente dia virá em que o fato se há de dar" (Freud, 1918, Vol. X, pág. 307).

Assim, num Estado sadio, o dano mental é tratado pelo psicológico, porque sabe que o dano é consequência da irracionalidade e destrutividade internas do ser humano.

VI - BIBLIOGRAFIA

1. Moscovici, Serge - "A Máquina de fazer Deuses", Imago Editora, Rio de Janeiro, Brasil, 1990.
2. Garcia-Roza,L.A. - "Palavra e Verdade: na Filosofia Antiga e na Psicanálise". Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, Brasil, 1990.
3. Freud, Sigmund - "Os Caminhos da Terapêutica Psicanalítica", Obras Completas de Sigmund Freud, Editora Delta, Porto Alegre, Brasil, s/d.

(*) Trabalho apresentado no Simpósio promovido pela APERJ,20/6/91, sob o título geral "Que pretendemos fazer pelos doentes mentais?"

(**) Professor do Curso de Pós-graduação da Univ. Cat. de Petrópolis e Membro da Associação Brasileira de Psicanálise.

J. Brasil
11.10.91

Limites da Razão

Apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), em 1989, e já aprovado pela Câmara dos Deputados, o projeto de lei que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória tramita agora no Senado. Caso aprovado, estará proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação de novos leitos para doentes mentais pelo Poder Público.

Além disso, as secretarias estaduais e municipais de Saúde deverão, em um ano, promover uma reforma no atendimento psiquiátrico, dando prioridade à assistência ambulatorial e ao tratamento em regime semi-aberto sobre a internação. Esta será admitida apenas em casos excepcionais, passando pelo crivo da autoridade judiciária local e de uma junta médica. No caso da rede pública, só poderá ser efetivada em unidades de hospitais gerais, nunca em um manicômio.

Inspirado nas teses antipsiquiátricas do italiano Franco Basaglia (1924-1980), para quem a prática médica no campo dos distúrbios psíquicos se notabilizou historicamente pela produção social da doença, o deputado Paulo Delgado sustenta que seu projeto de lei "incorpora os direitos da cidadania ao doente mental". A intenção do parlamentar é provavelmente elevada, mas o efeito prático de sua lei, caso aprovada, poderá ser devastador num quadro social como o brasileiro.

É sabido que a reclusão abusiva, as normas concentracionárias em manicômios, a promiscuidade programada, a sevícia regular, a traficância administrativa, a medicação punitiva e a gerência policial, tendo como resultado a aniquilação progressiva da personalidade do doente, vitimam principalmente a população de baixa renda no Brasil. Combater essas perversões, aperfeiçoar os estabelecimentos psiquiátricos, democratizar o tratamento são tarefas urgentes entre nós.

Daí considerar que se restituirá a cidadania ao doente mental, pela pura e simples extinção dos hospitais psiquiátricos, é um erro crasso. A assistência ambulatorial obviamente não dá conta dos inúmeros casos que necessitam de um longo tempo de internação. Milhares de doentes crônicos, que nunca foram internados, e muitas vezes passaram pelas mãos dos melhores psiquiatras e psicanalistas do país, resistem impavidamente a qualquer processo de ressocialização.

Isso numa perspectiva elitista. Imaginemos, agora, a reinserção dos psicóticos nas famílias de baixa renda que, em função da miséria e das migrações, não têm a menor condição de cuidar de seus doentes mentais. Quando faltarem os leitos, onde ficarão os doentes que não puderem ingressar em clínicas de repouso? Os pais de loucos sabem por experiência que seus filhos autistas ou maníaco-depressivos precisam de terapias ocupacionais e de recursos que demandam tempo, espaço, paciência.

Ao mesmo tempo, para evitar internações aviltantes ou agressivas (como a que vitimou a ex-deputada Tutu Quadros, caso que tanto impressionou seu colega Paulo Delgado), o projeto de lei transfere a responsabilidade pela internação do especialista para o leigo. E por mais que se queira prevenir a internação compulsória, é evidente que o doente não pode, na maioria dos casos, julgar sua própria loucura.

Nos Estados Unidos, a lei de desospitalização de 1961 criou uma verdadeira máfia de advogados que passaram a defender os direitos desses pacientes. O resultado foi uma exigência generalizada pela volta dos hospitais psiquiátricos. Na Itália, os resultados da reforma Basaglia dependeram das autoridades locais.

Segundo Franco Rotelli, diretor do Serviço de Saúde Mental de Trieste, onde tudo começou, "um terço da população passou a ser atendido segundo as normas da reforma; outro terço seguiu-a em parte, o restante do país simplesmente não a aplicou". E depois, lamentavelmente, só há uma dra. Nise da Silveira no Brasil.

À Comissão de Assuntos Sociais do Senado.

Excelentíssimo Senador,

Temos acompanhado, pela imprensa falada e escrita, uma campanha surda contra um grupo de profissionais que vem se escudando no silêncio, observando atônitos o desmoronar de uma ciência como se fora um brinquedo de papel. O escândalo, o estardalhaço à respeito de uma doença tão abrangente, que não se restringe especificamente ao homem, mas envolve toda uma estrutura familiar e social é surpreendentemente leviana, pala falta de análise de toda a problemática da doença mental.

A doença mental já ultrapassou o período do sobrenatural, das forças demoníacas, até que, pelo século XVI e XVII, através de um trabalho continuado de pesquizadores, atingiu o direito de conquistar um espaço com identidade própria de doença. Uma doença que envolve corpo e espírito, que atinge a forma de viver, que altera a estrutura da vida e o sentido da liberdade individual. Foi em 1973 que Pinel, libertou as cadeias, "rompeu as correntes dos alienados" e transformou os conhecimentos alicerçados até então, em ciência médica.

O tratamento farmacológico com drogas antipsicóticas, cujo advento à marcadamente assinalado na França em 1950, pela Clorpromazina, trouxe uma nova luz no tratamento dos doentes, facultando uma melhor obordagem do paciente, removendo sintomas dramáticos e dando margem à técnicas novas de tratamento, mas há quadros profundamente desagregados em que o Hospital é a única forma de resguardar o paciente, a família e a sociedade dos riscos que representa para ele e os demais. Há pacientes que, mesmo hospitalizados, protegidos pela medicação, oferecem quadro de intensa agressividade. Só a abordagem direta e contínua com este tipo de doença é que nos mostra a intensa diversificação dos quadros, a subtaneidade das ações dos psicóticos, a violência de suas reações, resultando ferimentos graves e até morte, acrescentando-se o fato que vem sendo observado: a resistência dos pacientes crônicos aos neurolépticos.

A grande maioria são pacientes provindos das camadas mais pobres da população, sem recursos, sem condições de oferecer vigilância ou segurança, ou mesmo garantir

Continua na fl. 02

uma assitência ambulatorial. Tem pacientes de zona rural, longe de assistência médica, ou mesmo de cidades sem qualquer tipo de assistência psiquiátrica, buscando assistência nos centros hospitalares, onde são deixados pela família, sem endereço certo, dificultando até o processo de retorno desses pacientes. Já tivemos caso de esposa de um paciente vender seu próprio vestido velho para conseguir recurso para visitar o marido internado. Famílias que esgotam os seus recursos financeiros, para arcar com o ônus de remoções de urgência para os centros hospitalares.

O doente mental, numa sociedade como a nossa, passa a representar um peso negativo na estrutura da família. Sabemos que isolá-lo não é a solução. O tratamento do doente exige um esforço conjugado de vários profissionais da área de saúde mental. Agora, na verdade, o que o Estado tem investido, através do INPS paciente, no custo desse paciente é irrisório. A Previdência paga Cr$ 2.640,00 (Dois mil, seiscentos e quarenta cruzeiros) pela diária do paciente internado para receber: hospedagem, alimentação, assistência médica, medicamentos, assistência para-médica e o ressarcimento da ação predatória do mesmo sobre as instalações. Os erros que gravitam em torno do sistema são resultantes de uma falta de avaliação, sobrecarga de pacientes nas diversas instituições, falta de fiscalização e a indiferença sobre o problema. Essa é a grande verdade.

Não conseguimos ainda atingir com os objetivos de uma campanha que está tão somente prejudicando o trabalho do profissional e desestimulando a formação especializada quando o psiquiatra está sendo colocado como um monstro dispensável no contexto terapêutico. O que estamos sentindo é a transparência de uma solução elitista, pela inviabilidade de um programa desse monte, de alcance coletivo. Demagogia e insensibilidade são a tônica de um projeto absurdo, fora da realidade brasileira.

Toda evolução faz parte de um processo. Não se determina por Decreto ou Lei, a mudança de um comportamento ou de uma consciência que está inserida numa etapa de desenvolvimento social, considerando-se ainda as transformações aceleradas e desordenadas, desafiando os componentes de saúde, sem preparo de grupes soal técnico e profissional que possa plantar uma política de saúde adequada a nossos dias.

Transcrevo agora, à título de ilustração, uma parte da Conferência do Ministro Jarbas Passarinho, quando da abertura do VI Congresso Latino Americano, realizado em S.Paulo, em 1971: "Retomado a expressão de Frmm vemos que as pertubações

Continua na fl. 03.

mentais tendem a tornar-se a principal doença das massas" "A psiquiatria, como afirma Marie Ray em seu livros "Os Médicos do Espírito" foi concebida há algumas décadas no mais estranho dos lugares - um asilo de loucos. Esta ciência foi aplicada nos Campos de Batalha da I Germa Mundial e desde então, tem crescido, chegando a uma precoce maturidade. Todos os seus maiores desenvolvimentos tiveram lugar em uma geração, durante o tempo de vida dos homens atuais. Seu domínio é o estudo e o tratamento da mente anormal. Mas o curioso é que joga mais luz sobre o cérebro normal do que todos os estudos jamais feitos nesse sentido. Por isso, a Psiquiatria oferece uma das melhores esperanças de melhorar a natureza humana".

Deixar ao doente mental a prerrogativa de determinar sua própria internação é uma máxima que só pode se calcar no total desconhecimento da doença. No mundo dos alienados tudo está bem, a sua consciência do mundo está alterada, a sua verdade não é a da família, nem a do meio social. Sua internação é imposta pela situação anormal que o mesmo cria, sem se apreceber do fato. Não é o psiquiatra que sequestra o paciente. Seria necessário se defrontar com as várias situações em que a família, em desespero, busca as internações.

Nenhum hospital geral, se não tiver uma equipe especializada, estará em condições de contenção do doente agitado, sem prejuíjo de outros pacientes.

As Clínicas particulares, em Brasília, de modo especial, recebem os pacientes já triados pelo Serviço de Emergência da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, portanto não existe o critério mercantilista que se que invocar.

O número de psiquiatras fica cada vez mais reduzido, fruto de uma especialidade que se vê cada dia delimitada por comporta segmentadas de profissionais que querem competir numa área específicamente médica. Não é raro o médico se antepor a pacientes portadores de doença mental, indevidamente manipulados por setores diferentes de trabalho.

Acreditamos que existem defeitos e erros no sistema assistêncial que abrange igualmente qualquer setor de de assistência médica no Brasil e, nem por isso, passível de uma campanha tão desestruturadora como esta. Agora, pretender encerrar a atividade de um Setor Assistêncial Hospitalar Psiquiátrico é uma cousa muito grave e inpensada. Então aí, nas ruas, os futuros doentes do amanhã: uma geração de pobres, abandonados, vicia

continua na folha nº 04.

dos, desnutridos, degenerados genéticos, calcando o processo da doença mental, fazendo pressão cada vez maior nos corredores dos hospitais.

Qualquer solução que se apresente agora será mais onerosa que a atual. O que nos deve envolver de uma forma podereosa é a profilaxia da doença mental, a proteção da família, a proteção da infância, o combate à miséria, às drogas, ao alcool. Vamos debater o problema com mais profundidade, ouvir os familiares, visitar os doentes, vamos sair dos gabinetes, ver a doença, sem sensacionalismo, formular uma crítica construtiva para chegar à solução justa e adequada.

Brasília, 29 de Outubro de 1991

Yêda Rabello Baptista - Médica Psiquiatra
Clínica S. Miguel -
Brasília - D.F.

Universidade de São Paulo
FACULDADE DE MEDICINA

São Paulo, 21 de dezembro de 1992.

A
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS - FACULDADE DE MEDICINA
CADEIRA DE PSIQUIATRIA
Rua Gonçalves Chaves, 3798
96100 PELOTAS - RS

Prezado Senhor,

Estamos encaminhando a V.Sª, em anexo, cópia do "MANIFESTO SOBRE AS PROPOSTAS DE REFORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL" para seu conhecimento e, se possível, uma manifestação.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valentim Gentil
Chefe do Departamento de Psiquiatria da FMUSP

anexo: MANIFESTO

FACULDADE DE MEDICINA
da Universidade de São Paulo

MANIFESTAÇÃO SOBRE AS PROPOSTAS DE REFORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O Conselho do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, considerando a responsabilidade deste Departamento e de sua base operacional, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, pelos cursos de graduação em Psiquiatria dos médicos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas formados pela FMUSP; pela formação e treinamento de especialistas em psiquiatria (3 anos de Residência); pelos cursos de Pós-Graduação "Stricto Sensu" em Psiquiatria (mestrado e doutorado); pelo aperfeiçoamento de profissionais das áreas de enfermagem psiquiátrica, psicologia, serviço social e terapia ocupacional; por estágios, cursos de extensão universitária e pesquisas em diferentes aspectos da saúde mental de adultos e crianças; pelo atendimento ambulatorial, psicoterápico e de internação de expressivo número de pessoas com os mais variados transtornos e doenças mentais, desde suas respectivas fundações há várias décadas; considerando, portanto, seu papel relevante na formação de profissionais, na investigação científica e no atendimento especializado em Psiquiatria, e tendo conhecimento de projetos de lei em tramitação nos poderes legislativos Federal e Estadual, vem manifestar-se publicamente em relação aos seguintes e graves problemas:

1. - O projeto de lei nr^{o} 3657/89 , de autoria do Deputado Paulo Delgado, em tramitação no Congresso Nacional, coloca em risco o aperfeiçoamento do atendimento, ensino e pesquisa psiquiátricos ao proibir o investimento de recursos em hospitais psiquiátricos.

Não se trata de defender, aqui, os macro-hospitais ou clínicas que praticam má Psiquiatria. Isto nos parece lamentável e digno de reformulações e, se for o caso, punições. Impedir o investimento na construção ou reformulação de hospitais especializados, porém, não atenderá os objetivos de melhorar, mas deixará sem atendimento adequado uma expressiva parcela da população com transtornos e doenças mentais que deles necessitam, atingindo, sobretudo, as pessoas de baixa renda.

Esta é uma questão técnica que não pode ser discutida neste momento, mas, vale ressaltar, a simples proibição generalizada de investimento em hospitais psiquiátricos fere o bom senso.

2. - O projeto de lei nr° 366 de 1992, de autoria dos Deputados Roberto Gouveia, Antenor Chicarino e Edinho Araújo... atualmente em tramitação na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo e algumas das emendas a ele propostas, são ainda mais preocupantes.

Assim, ele "dispõe sobre a promoção de saúde e de reintegração social das pessoas portadoras de sofrimento mental".

De acordo com recentes estudos epidemiológicos nacionais e estrangeiros, cerca de 20% da população geral preenche critérios operacionais para diagnóstico psiquiátrico num período qualquer de 6 meses. Isso sem contar "sofrimento mental" de menor intensidade ou considerado normal como o luto, por exemplo. Na verdade, esse projeto trata especificamente do atendimento aos pacientes com transtornos mentais mais graves, que frequentemente requerem atendimento hospitalar.

No entanto, apesar das intenções expressas de abolir "discriminações de qualquer tipo, que impeçam ou dificultem o usufruto" dos direitos "individuais, coletivos e sociais", esse projeto, transformado-se em lei, privará um grande número de indivíduos do seu direito ao atendimento psiquiátrico pleno.

Assim, nos artigos 6°, 7°, 8° e 9° veda a utilização de recursos terapêuticos, considerando-os violentos e desumanos ou produtores de defeitos orgânicos irreversíveis, incluindo aqui o uso de quartos para isolamento ("celas fortes"), contenção ("camisa de força"), psicocirurgia e outras "terapêuticas biológicas", estas últimas somente podendo ser administradas após "consulta aos membros não médicos da equipe de saúde mental do estabelecimento, com manifestação por escrito e assinatura dos seus membros" , além de "exame e consentimento por uma equipe de médicos composta por um do estabelecimento, um indicado pela autoridade Sanitária Estadual e um indicado pela autoridade Sanitária Municipal". Tal comissão decisória resultará, na prática, em trâmites burocráticos onerosos, ineficientes, lerdos e, quiçá distorcidos por questões pessoais e de hierarquia.

Como fica claro na Emenda nr° 1, de autoria da Deputada Célia Leão, uma dessas terapêuticas biológicas, agora proibida nessa emenda ao artigo 7° é a eletroconvulsoterapia (ECT). Infelizmente, as justificativas apresentadas revelam desconhecimento da matéria. A proibição pura e simples da aplicação do ECT está em desacordo com o que se conhece sobre a eficácia, segurança e baixo custo dessa terapêutica, conforme se pode verificar nos livros e artigos médicos contemporâneos e privará, sem dúvida, muitos pacientes de um tratamento que, quando utilizado de forma tecnicamente adequada e com indicação precisa, é dos que melhor relação risco/custo/benefício existem em medicina.

A Emenda nr° 5, do Deputado Getúlio Hanashiro acrescenta um parágrafo ao artigo 10 (que aborda a internação psiquiátrica como "último recurso terapêutico") estabelecendo o direito do paciente internado a "um acompanhante de sua escolha até vinte e quatro (24) horas por dia, devendo o estabelecimento estar equipado de acomodações, higiene e alimentação adequadas..."

Evidentemente, levando em conta o disposto no artigo 10, o paciente que conseguisse o consenso multidisciplinar e leigo exigido para ser internado, dificilmente teria suficiente discernimento para uma escolha de acompanhante que fosse efetivamente necessário e benéfico em sua condição.

Aliás, os artigos 10 a 14, se aprovados, tornariam a internação psiquiátrica, mesmo nas "Enfermarias de Saúde Mental" em Hospitais Gerais, um procedimento complexo, que exige aprovação por tantas instâncias e autoridades como não se exige em nenhum outro ramo da medicina, inclusive aqueles onde os riscos do paciente são notoriamente maiores.

De uma forma geral, tem-se a impressão de que, com o intuito de melhorar o atendimento aos doentes mentais, os legisladores tornaram-se identificados com movimentos radicalmente antipsiquiátricos e que, ao procurar legislar sobre assunto de saúde, deixam de ouvir os que há mais tempo e com maior competência e responsabilidade se dedicam ao estudo e ao atendimento dessas pessoas, desprezando os conhecimentos acumulados, substituindo-os por informações superficiais, distorcidas, preconceituosas ou francamente demagógicas, com óbvios prejuízos para os pacientes, suas famílias e a sociedade como um todo.

Atingirá entretanto o descalabro se for aprovado com a emenda nr° 14, do Deputado, Nilton Casquel Monti, que acrescenta um artigo que reza: "as instituições educacionais formadoras de Recursos Humanos e, especialmente, aquelas que habilitam os profissionais das equipes multidisciplinares de atendimento às pessoas portadoras de sofrimento mental reorientarão seus currículos quanto aos conteúdos teóricos e práticos, para adequá-los às necessidades da reforma psiquiátrica e aos princípios desta lei".

Sem levar em conta o autoritarismo desmesurado, chama a atenção a total inversão dos princípios e do bom senso que deveriam nortear os legisladores, atrelando o conhecimento e mesmo a Universidade a uma lei, ao invés de se nutrirem deles para melhor conduzir os destinos da sociedade.

Confiamos em que tais distorções não merecerão o apoio da maioria dos Nobres Deputados, mas nos vemos forçados a denunciá-las e pedir providências de todos os interessados no sentido de reformular para melhor a Assistência Psiquiátrica. Nesse nobre propósito, colocamo-nos à disposição de Suas Excelências, os Senhores Deputados, para esclarecimentos necessários para que, mediante reformulações adequadas, os projetos de lei ora propostos possam servir, efetivamente, à maioria da população sofrida do nosso Estado e do País.

0,48 %oo

14.735). Se para os casos mentais, sem contar os outros tipos de doenças mentais (31.500 — 16.765 = 14.735).

L.F. Barros, usuário-paciente, por questões de herança, aposentadoria, pensão, desquite, divórcio, etc. É possível que alguns médicos requeiram *internações desnecessárias* por interesses pecuniários. Es-

* Jorge Gentil Barbosa é advogado e delegado representante dos usuários em saúde mental no I CESM e II CNSM

INSTITUTO BRASILEIRO DE PSICO-NEURO CIÊNCIAS
Endereço: Rua Acre, 47 - 5º Andar - Sala - 513 - Cep. 20081-000

Rio de Janeiro, 07 de Abril de 1995.

Exmo. Sr.
Senador Paulo Alberto Monteiro de Barros

Senhor Senador,

O Instituto Brasileiro de Psico Neuro Ciências baseado nas razões de natureza científica, considera o projeto de Lei da câmara n° 08/91 (Projeto de Lei n° 3657, de 1989, na origem) que " dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regularmenta a internação piquiátrica compulsória". Absolutamente retrógrado e danoso para os doentes mentais como também prejudicial aos médicos psiquiátras e aos hospitais especializados.

Na legislatura anterior o relator do projeto de Lei, Senador Bisol, elaborou emenda substitutiva, alterando profundamente o projeto original, como também, o Senador Lucídio Portela apresentou voto em separado que só não foi aprovado pela comissão porque a matéria não foi apreciada na ocasião.

Agora o projeto de Lei volta a tramitar e tem como relator o Senador Lúcio Alcântara que necessitará de subsídios para dar seu parecer. É por isso que o Instituto solicita os bons ofícios a V. Exa. para apresentar ao Senador Alcântara a coletânea dos documentos e artigos em anexo.

Atenciosamente,

Eduardo Quadros Spínola
Presidente

Meu caro Lúcio Alcântara: Jorge el Tamer Jr. qualificada da psiquiatria do Rio de Janeiro, pediu-me fosse portador destes documentos ao seu lúcido alvedrio
Grato
Artur da Távola
10/4/95

INSTITUTO BRASILEIRO DE PSICO-NEURO CIÊNCIAS
Endereço: Rua Acre, 47 - 5º Andar - Sala - 513 - Cep. 20081-000

Anexos

1) Carta do Presidente da Associação Mundial de Psiquiatria

2) Abaixo assinado dos Professores de Psiquiatria

3) Ofício da Associação de Familiares de Doentes Mentais

4) Abaixo assinado de psiquiatras de todo o país

5) Artigo do Prof. João Paulo Gomes "Cura por Decreto"

6) Artigo O Lugar do Hospício

7) Editorial do Jornal do Brasil

8) Artigo do Doutor Eros Teixeira psiquiatra vinculdo ao P.T.

37

P/ ROMERO

Brasília, 19 de abril de 1995

Exmo. Sr. Senador Lucio Alcântara

Estamos aqui como representantes das Associações de Familiares dos Doentes Mentais, respectivamente da Bahia e de Pernambuco.

Vamos expor, sucintamente, a nossa posição em relação ao Projeto Delgado, ora na Comissão de Assuntos Sociais e que V. Excia. é o presente relator.

Senador, esse pensamento nosso, sabemnos ser semelhante aos das Associações Congeneres em todos o País.

Somos contra o referido projeto pelos seguintes motivos:

- propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos, o único estabelecimento no país, na prática, que trata o Doente Mental grave;

- nós que temos os nossos doentes sabemos que esse movimento de exterminação dos hospitais não nos interessa. Essa é a experiência que temos nesses anos de reuniões e debates.

- é absolutamente necessário que tenhamos, também, outros órgãos de atendimento extra hospitalar, juntamente com os hospitais;

Senhor Senador

A nossa angustia é - na prática, perdermos o únicos estabelecimento que trata os nossos doentes, aqui no Brasil.

Por isso, solicitamos:

- que V. Excia. encontre uma formula legal que rejeite esse projeto. Há de nossa parte muita esperança no senhor, por ser médico e de larga experiência no legislativo.

Gilson Irenio Magalhães -BA

Epitácio José da Silva-PE

DR. GUSTAVO COUTO

A A.F.A.D.M-PE, esteve com o Dr. Gustavo Couto, coordenador da saúde mental em Pernambuco, na manhã do dia 06 de fevereiro, na Secretaria da Saúde, o qual atendendo um convite da Associação, compareceu na nossa sede, juntamente com uma equipe de assessores (Dr. Ricardo Viana e as Srªs Ana Simões e Roberta Uchoa), às 09:30 hs, do dia 14 do mesmo mês, para proferir uma palestra sobre a reforma hospitalar, o que foi feita para uma platéia de 123 pessoas, todas com casos de doença mental na família.

Eis alguns pontos em destaque:

O interesse das famílias: compareceram um número espressivo apesar do dia, terça-feira e da inconveniência da hora.

Compromissos assumidos: nenhuma redução a curto prazo.

Garantia da participação da Associação no FÓRUM.

Melhorar o atendimento dos hospitais e criação de novos serviços tais como: abertura de novas emergências. A ida do coordenador (representante do Governo EstaduaH), a nossa sede, foi por demais significante. Dr. Gustavo prometeu deixar aberto a coordenação, para dialogar com a associação, inclusive dando o número do telefone para todos os presentes na reunião.

Estabelecer critérios, para não colocar na rua o doente crônico se for o caso penalizar aquele que ficou "DOENTE" só para receber o benefício.

Cópias na Associação da palestra na íntegra.

REFINARIA EM PERNAMBUCO

A AFADM-PE apoia esta união política jamais vista em nosso Estado em prol de uma causa por demais justa a REFINARIA em Pernambuco.

A Refinaria é uma luta de todos!!!

Curiosidades

SOBRE OLINDA

VOCÊ SABIA

Que em frente a capelinha de São Pedro (1760), os condenados faziam suas orações antes de morrer?

Que o restaurante e boate Mourisco está instalado num sobrado exemplar raro da arquitetura mourisca do Brasil?

Que foi da casa histórica, que pertenceu a Bernardo Vieira de Melo, no ano de 1710, que ele tentou proclamar a república no Brasil?

Colab: Dra. Vanda Maia

CÍRCULOS DE APOIO AO DOENTE MENTAL

A AFADM-PE está formando em todos os hospitais no grande Recife, círculos de apoio ao doente mental (C.A.D.M.). Inspirado nos C.C.Q. - Círculos de Controle da Qualidade, método japonês de motivação humana, ao que se credita o rápido suerguimento da economia deste país, após a segunda guerra mundial, ocasião em que este, por pouco foi riscado do mapa.

Como funciona: grupo de familiares e amigos do doente mental, interessados, se reúnem periodicamente ou em qualquer tempo que se achar necessário para discutir, dar idéias, levantar questões, etc., visando unicamente o bem-estar do nosso doente e dos nossos associados.

Colab: Epitácio José

A refinaria é uma luta de todos!!!

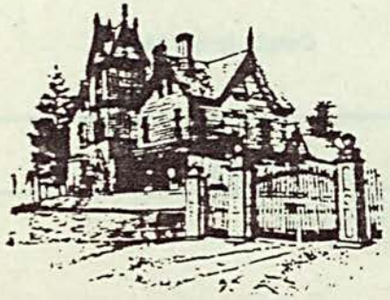
Informativo

ASSOCIAÇÃO DOS FAMILIARES E AMIGOS DO DOENTE MENTAL

AFADM-PE

AV. CONDE DA BOA VISTA, 50 EDF. PESSOA DE MELO
2º ANDAR – RECIFE – PE F. 221 3545. CEP 50060-002

Ano 1 - nº 2 Março 1995



HOSPITAL ULISSES PERNAMBUCANO OU SIMPLESMENTE HOSPITAL DA TAMARINEIRA

População atual: 240 pacientes distribuídos em seis pavilhões.

Fundado em 01 de janeiro, no ano de 1883.

Dirigido atualmente pela Dra. Maria Amélia A. Lira.

PARABÉNS PELOS 112 ANOS. Primogênito do nosso Estado.

A refinaria é uma luta de todos!!!

08 DE MARÇO
DIA INTERNACIONAL DA MULHER

SUELY GUIMARÃES, atleta pernambucana sobre rodas, é recordista mundial de lançamento de disco. Conquistou três medalhas para o Brasil no Mundial de Berlim, no ano passado em arremesso de peso, lançamento de disco e dardo e nas para-olimpíadas de 1992 ganhou medalha de ouro, batendo o recorde olímpico e mundial.
É a mulher pernambucana viajando o mundo a fora e provando que a força de vontade arremessa longe qualquer limite.

Colab: Janete Lira

UMA PEQUENA HISTÓRIA

DAMIÃO FRANCISCO DA COSTA, filho do Sr. Paulo Francisco da Costa e da Srª Severina Catarina da Costa, residente na Rua Sebastião Gomes de Melo, no bairro da Matinha na cidade de Abreu e Lima, doente mental durante parte de sua vida, foi paciente de vários hospitais; Psiquiátrico do Paulista (Nobre), 4 anos; Jaime da Fonte, 6 meses e Instituto de Psiquiatria do Recife, 2 meses.
No ano de 1993, quando completaria 30 anos de idade, foi atropelado e morto por um auto passeio na Av. Conde da Boa Vista, no centro da Cidade do Recife, após fugir de casa, onde se encontrava mesmo em crise e os seus pais não conseguiram leito em vários hospitais, inclusive na Tamarineira.

Colab: Elaine J. Luis

A Refinaria é uma luta de todos!!!

O INFORMATIVO AFADM-PE É TAMBÉM CULTURA

ESQUIZOFRENIA = Psicose juvenil ou inicial; os primeiros indícios são desordens na esfera da atividade: perda da iniciativa e da atividade pragmática. Da forma simples passa ao período em que o psicopata praticamente se desliga da realidade.

PSICOPATA = Pessoa que sofre de doença mental.

PSIQUIATRIA = Parte da medicina que se ocupa das doenças mentais.

Fonte: Dicionário escolar da língua portuguesa.
Francisco Silveira Bueno

DIRETORIA ATUAL

PRESIDENTE: Dr. Gerson Belém

VICE-PRESIDENTE: Dr. Epitácio José

1º SECRETÁRIO: Drª Maria Tereza

2º SECRETÁRIO: José Barata

1º TESOUREIRO: José Mário

2º TESOUREIRO: Dr. Romulo Bezerra

CONSELHO FISCAL: Eugenio Guedes
Vera L. Gusião
Margarida Cordeiro

A Refinaria é uma luta de todos!!!

EXCLUÍDOS

O Recife das pontes e dos rios está agregando a sua paisagem um novo elemento - a loucura. Nos sinais de trânsito e nas ruas, principalmente nas artérias centrais, mostra-se um pequeno exército de loucos. Pequeno por enquanto. Andrajosos, falando sozinhos, agindo de modo bizarro, dependendo da caridade pública, andam à toa, sem rumo e sem leme, excluídos do Sistema, juntando-se aos desvalidos de outras categorias, deficientes físicos, crianças de rua...
Em condições lamentáveis, sem proteção alguma, sobrevivem precariamente, vulneráveis a outras formas de morbidade e ao chamamento da delinquência. Fragilizados em decorrência dos distúrbios mentais, podem se encaminhar para os atos criminosos, como já tem acontecido e como ocorre em outros países onde a desospitalização não foi secundada por medidas de apoio adequadas.
O paciente psiquiátrico, que deveria contar com o respaldo dos aparelhos sociais que lhe dessem proteção e salvaguarda, vê-se privado da assistência hospitalar que lhe é devida e praticamente empurrado para esfera criminal. De uma forma ou de outra o Governo gasta recursos com ele, entretanto.
Porém, para a sociedade é mau negócio. O sistema penitenciário já em vias de exaustão satura-se, o paciente que poderia tratar-se e voltar a produzir fica sem chances, acentuam-se os índices de criminalidade, e todos perdem.
É mau negócio especialmente para o doente, é claro. Elo mais frágil dessa corrente, por sua própria condição, ele talvez nem sequer tenha consciência de que estão a lhe sonegar a assistência que, pela letra da Lei, seria direito líquido e certo.
Essa equação de enunciado cruel tem sido objeto de estudo e preocupação em vários países desenvolvidos. Os "homeless" americanos já estiveram em foco até pelas lentes de Hollywood. Enquanto isso os sem-teto nacionais contam, por enquanto, apenas com a escassa caridade pública. A nossa sociedade parece negar-lhes o direito à sanidade e, o que é igualmente trágico, a esperança.
Dr. Luiz Carlos Pereira de Albuquerque é psiquiatra com atuação no serviço público e privado, e escritor com livros de poesias, contos e ensaios publicados. Dele, "A Loucura Principal", que analisa questões psiquiátricas que está em revisão.

A refinaria é uma luta de todos!!!

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Brasília, 03 de Abril de 1.995

Exmo. Sr. Dr.
Senador Lúcio Alcântara
Senado Federal
Brasília - DF

Senhor Senador

Em aditamento às postulações formuladas a V, Excia., permitimo-nos apresentar algumas considerações e observações sobre o Projeto de No. 08 desse Senado Federal, No. 3.657 na origem e, ao final, solicitar seja examinada a possibilidade de serem aproveitas algumas sugestões inseridas no bojo do presente documento.

1 - O Projeto em questão, que em sua ementa propõe a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos, não leva em consideração alguns aspectos significativos tais como:

- Ao propor a extinção do hospital psiquiátrico, confundindo-o com estabelecimento manicomial asilar, deixa de esclarecer com clareza o que se pretende: excluir do processo assistencial os manicomios asilares, ou simplesmente eliminar do contexto os hospitais especializados. O correto seria definir como novas estruturas não hospitalares poderiam ser inseridas no complexo assistencial, de forma complementar, com vistas a oferecer uma assistência integrada e, consequentemente, mais eficiente e humanizada. **(Anexo 1)**

- O Hospital Psiquiátrico, como unidade terapêutica moderna, é continuará a ser uma modalidade assistencial necessária e presente em qualquer país do mundo.

- A legislação específica de países como Estados Unidos, Inglaterra, Itália, Espanha e França, contemplam os estabelecimentos hospitalares como recursos terapêuticos e assitencais especializados. 0 Código de Saúde Pública da França, (reformulado através da Lei 90525 de 27/06/90) ao invés de extinguir os hospitais psiquiátricos, legisla regulamentando direitos e deveres de doentes, médicos e hospitais. **(Anexo 2)**

- A preconização de que as internações sejam efetuadas em hospitais gerais, peca de princípio por motivos óbvios: os leitos hoje existentes, na grande maioria dos Estados, são insuficientes para a demanda; nos municípios de pequeno e médio portes não há profissionais especializados sequer para compor as

SHIS - QI 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL.: (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2576 - CEP: 71645-120

equipes multiprofissionais necessárias; 60% dos hospitais brasileiros possuem menos de 70 leitos, impedindo que eles arquem com os custos de manutenção equipes especializadas permanentes para atendimentos eventuais.

- Mais problemático seria ainda atender a exigência da Portaria MS/SAS - 224/92 quanto à manutenção de áreas de recreação e deambulação.**(Anexo 3)**

- A OMS preconiza como parâmetro, 0,5 leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes. Hoje, após as reformulações levadas a efeito pelo SUS, temos, no Brasil, 69.200 leitos, o que corresponde a 0,44 leitos/1.000 habitantes. Portanto, um quantitativo abaixo do mínimo ideal. Cair aquém desses valores, fatalmente, implicaria em riscos de desassistência.

2 - Com o correr do tempo, o projeto em tela foi elaborado em 1.989, novos fatos ocorreram:

- a Organização Mundial da Saúde, em Assembléia Geral, realizada em 17 de dezembro de 1.991 (um ano após a Conferência de Caracas, dois anos após o projeto ter sido apresentado e 13 anos após a Lei Baságlia na Itália), aprovou documento intitulado "Princípios Para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", não trazendo, em quaisquer de seus 25 itens, qualquer menção quanto a propósitos ou projetos de extinguir, brusca ou progressivamente os hospitais mentais especializados ou de coibir a internação plena em instituições especializadas. **(Anexo 4 com referência especial aos itens: 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23 e 24.)**

3 - a legislação Brasileira apresenta regulamentações e salvaguardas que não foram respeitadas ou que estariam sendo alteradas intempestivamente: Constituição Brasileira (Titulo II, Capítulo 1, Artigo 5o. parágrafo 2o.), Código Penal Brasileiro (Capítulo IV, Seção I, Art. 146, Parágrafo 3o.) e Decreto No. 24.559,m de 03 de Julho de 1.934 (Artigos 3o. e 4o.).

Todos esses documentos legais reconhecem a necessidade da existência de estabelecimento hospitalar especializado. **(Anexos 5, 6 e 7).**

Os reflexos na sociedade têm sido bastante significativos, o que se demonstra por manifestações contrárias à extinção de leitos psiquiátricos advindas das famílias e das associações dos familiares dos doentes mentais, que não entendem como uma lei de tal importância para suas vidas seja "imperativa", imposta de cima para baixo, muito longe do que deveria ser, "consuetudinária".

Também se posicionam contra o projeto diversas entidades de profissionais o que se comprova pelos documentos em apenso. **(Anexos 8, 9, 10 e 11)**

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Considerados os comentários acima, apresentamos, a título de colaboração, o que segue:

1 - Elaboração de um substitutivo "Lúcio Alcântara", onde seriam regulamentados os direitos à proteção das pessoas hospitalizadas, por motivos de doenças mentais, estabelecidas as condições de internamento e criadas novas modalidades assistenciais que possam complementar a assistência especializada já existente, contribuindo assim, de forma decisiva, para uma verdadeira Reforma Psiquiátrica no Brasil. Como base utilizar-se do documento da OMS de 17 de dezembro de 1.991, macro-documento no assunto, atualizado e respeitado universalmente e da Portaria MS/SAS/224/92.

2 - Que seja levado em conta que hospitais não se extinguem por Decreto ou por Lei, mas por uma racionalização assistencial ou pelos progressos da ciência médica. Até lá o hospital psiquiátrico deverá ser mantido e respeitado, como uma das pedras basilares da assistência ao portador de distúrbios mentais.

3 - Que sejam levados em conta os programas assistenciais na área da saúde mental do Ministério da Saúde que induziram a rede hospitalar a investir, se reequipar, se readequar, reformular seus métodos assistenciais, tudo com vistas à humanização do tratamento do portador de doenças mentais com sensíveis melhora do padrão assistencial, Investimentos de tal monta e significância, não podem ser jogados ao léu de forma intempestiva.

Silio Nascimento Andrade

Presidente do Departamento de Psiquiatria da FBH

Vice Presidente da FBH

SHIS - QI 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL.: (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2576 - CEP: 71645-120

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

BREVES COMENTÁRIOS

1 - Resumo do Projeto de Lei 008/91, 3657/89 na Câmara

O projeto de iniciativa do Deputado Paulo Delgado estabelece:

I - Proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos

II - Proibição de contratação ou funcionamento, pela Administração Pública, de novos leitos em hospitais psiquiátricos.

III - Extinção, pura e simples, dos hospitais psiquátricos existentes.

2 - Sustentação Político-ideológica:

O projeto baseia-se, declaradamente, na chamada Reforma Baságlia, a lei sobre saúde mental que, em 1978, após agressiva campanha ideológico-emocional promovida por Partido Político, extinguiu os hospitais psiquiátricos da Itália. Semelhante campanha vem sendo promovida por alguns deputados do PT a nível dos legislativos estaduais, incentivando e apoiando a expansão de um movimento antimanicomial hoje presente em grande parte do país.

O curioso é que não foram nem as descobertas nem a prática profissional que induziram as idéias anti-psiquátricas sustentadas nessas campanhas, mas, antes, a intensa luta política dos anos 60 (culminada com a rebelião estudantil em maio de 68, em Paris) cujos pressupostos ideológicos foram transferidos, sem alterações, para o campo das doenças mentais, tanto na Itália como nos Estados Unidos.

É o próprio Baságlia que o declara em um de seus livros: "O Projeto - transformado em Lei em 1.978 - era, entretanto, mais afinado com a luta política que irrompia em outras áreas da vida social dos anos 60, arrebentando instituições e expondo seus desvios do que com as experiências da vanguarda psiquiátrica".

A "Vanguarda Psiquiátrica" acabara de descobrir naqueles mesmos anos a psicofarmacologia, o tratamento com medicamentos que, sem mudar a vida político-social revolucionava a terapêutica, o prognóstico e o entendimento dos problemas mentais, enquanto que Baságlia, aferrado a conceitos ideológicos teimava em entender a loucura como uma conseqüência direta da repressão política. Sua "psiquiatria democrática" (observe-se na denominação a mistura de conceitos médicos e políticos), propunha por isso combater não a loucura, mas, sim, as instituições que a tratavam os hospitais que a reprimiriam.

Ora, quais foram as conseqüências dessa psico-ideologia 20 anos depois de aplicada na prática assistencial das doenças mentais, tanto nos Estados Unidos como na Itália?

O escândalo dos **"homeless"** (sem teto) no mais poderoso país do mundo, não é só uma questão econômica é, principalmente, o resultado da redução dos leitos psiquiátricos. O levantamento encomendado pela "Conferência Nacional de Prefeitos dos EUA", em novembro de 1.992, concluiu que 35% dos "homeless" são psicóticos graves enquanto 50% são dependentes de álcool ou drogas. O relatório do "Grupo de Pesquisas de Saúde Pública" e da "Aliança Nacional em Prol dos Doentes Mentais" dos Estados Unidos, constatou que, cerca de 100.000 doentes mentais acham-se recolhidos em prisões. A Penitenciária do Condado de Los Angeles, abriga cerca de 3.000 deles, 700 a mais do que o numero de internados no maior Hospital Especializado do país. **(Anexo 12)**

Na Itália, G. Nardo, psiquiatra de Rovigo, que foi um entusiasta da Lei Baságlia quando de sua implantação, compara-a, agora, a um Vaso de Pandora psiquiátrico, de onde estão saindo todos os males da assistência à saúde mental italiana. Tramitam, hoje, no Parlamento Italiano, mais de 10 projetos de modificações da Lei Baságlia e, em 1.991, todo o Gabinete Ministerial Italiano, sob orientação do Ministro da Saúde, Di Lorenzo, propôs ao Parlamento uma nova lei que vira de cabeça para baixo a Reforma Baságlia: manda construir pequenos hospitais psiquiátricos, reforma e reaproveita 103 hospitais convencionais fechados e entrega a responsabilidade dos doentes à equipe técnico-psiquiátrica e não mais ao judiciário, tal como propõem a Lei Basaglia e o Projeto Paulo Delgado.

3 -Hospital Psiquiátrico

A permanência do hospital especializado na área de saúde mental é, hoje, uma necessidade inquestionável, considerando-se os resultados de diversas experiências realizadas em vários países, tentativas fracassadas de substitui-lo nos modelos assistenciais . Já são suficientemente conhecidos os resultados negativos em alguns países como Estados Unidos e Itália. Outros, como Canadá e Inglaterra, construíram excelentes redes de serviços alternativos extra-hospitalares, 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.

A propósito do Canadá, que construiu uma rede alternativa de assistência extra-hospitalar para doente mentais, bem antes de iniciar a pretendida desospitalização, a conclusão, após vários anos de experiência é de que a instituição hospitalar é uma necessidade para determinados tipos de doenças e doentes mentais. Os pesquisadores canadenses, Alaim Lesage, MD, Raymond Morissette, MD, e a brasileira Marina Bandeira, Ph.D., confirmam: "o presente resultado atesta a complexidade e as dificuldades de se reinserir doentes mentais na comunidade.

Trata-se de um processo que requer dos profissionais implicados uma atitude de prudência, uma disposição para se fazer um planejamento prévio cuidadoso, além de uma infra-estrutura comunitária suficiente e de qualidade". **(Anexo 13)**

Não parece ser essa a iniciativa brasileira. Aqui, pretende-se, através de leis, de início, extinguir os hospitais psiquiátricos, o que se afigura como uma atitude, no mínimo, temerária.

O Senador Paulo Bisol ao relatar o Projeto em análise, escreve no item 06 de seu parecer: "É uma questão infeliz. Parece mentira, mas há quem pergunte se o projeto propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos". E continua: "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".

Mais adiante, ainda nas suas justificativas, escreve: "Por outro lado, pessoalmente, acreditamos que só o futuro poderá decidir se o hospital psiquiátrico é ou não é, em alguns casos de internação, necessário, um recurso mais conveniente que a unidade psiquiátrica em internações em hospitais gerais".

E, finalizando diz: "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 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 Professor H. Hafner, catedrático da Universidade Alemã, Diretor do Instituto Central de Saúde Mental em Manheim, consultor e coordenador de pesquisas da OMS, escreve no seu último livro: "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".

Ainda, para concluir, a não inclusão de hospital psiquiátrico como integrante dos serviços assistenciais na área de psiquiatria, certamente, trará grande prejuízo aos enfermos menos favorecidos de nossa sociedade, notadamente se antes não for criada toda uma rede de assistência extra-hospitalar, tarefa que compete ao ministério da Saúde, menos ao Poder Legislativo.

4 - Redução de Leitos

No Brasil, no decorrer dos últimos 05 anos, registrou-se um significativo decréscimo do número de hospitais e leitos psiquiátricos. Assim é que, em 1.989 haviam cadastrados no SUS 461 instituições psiquiátricas, hoje restando apenas 277. Dos 105.000 leitos existentes em 1.989 hoje restam pouco mais de 69.000.

↳ 0,43 %₀

Essa redução é conseqüência das novas políticas assistenciais implementadas pelo Ministério da Saúde desde 1.991, promovendo muito mais que simples mecanismos de extinção de leitos ou hospitais, racionalização e humanização da assistência ao portador de distúrbio mental em regime de hospitalização.

Fosse necessária ou recomendável (como boa prática sanitária), a extinção de hospitais psiquiátricos, teria o ministério da Saúde, buscado o aperfeiçoamento dessas estruturas? Teria o Ministério da Saúde investido mais recursos em remuneração diferenciada para aqueles que se propusessem a prestar assistência de qualidade sempre crescente? Teria o Ministério da Saúde emitido mais de uma dezena de Portarias para regulamentar a assistência hospitalar psiquiátrica, implantando, inclusive, sistema próprio de auditoria permanente?

Os resultados obtidos até agora indicam não ser absolutamente necessário criar leis para extinguir ou fechar hospitais. O que deve ser feito é uma racionalização do processo assistencial, através de programas concretos, centrados em princípios técnico-científicos, com participação de todos os envolvidos (Pacientes, Familiares, Profissionais da Área, Prestadores de Serviços), atuando o poder público como normalizador, controlador, fiscalizador e, consequentemente, o comprador dos serviços.

Conclusões

Mesmo assim, se o objetivo em foco é criar leis, que venha uma nova lei, contanto que ela seja bem elaborada, objetiva, rigorosamente técnica, respeitada por sua própria letra, essencialmente justa e sobretudo perfeita. Uma lei fruto de experiência científica. do modo de viver de um povo, da compostura ética e profundamente preocupada com o social, para o qual deva existir. Um lei com compromissos sérios de cuidar, defender, dignificar, elevar e promover o enfermo mental. Enfim, uma boa lei. Entenda-se como tal, aquela que na prática assista o dente em toda sua necessidade terapêutica. Do nível primário ao terciário, contemple todos os tratamentos e instituições universalmente aceitos. Há pessoas que se beneficiam tão somente com a assistência em nível ambulatorial. Outras precisam de recursos intermediários, como núcleos ou centros de atenção psicossocial., hospital-dia, internação em hospital geral, oficinas terapêuticas, lares ou pensões protegidas. Há, entretanto, aquelas cujo estado patológico é tão grave, tão severo, que não poderão ser assistidas senão em Hospitais Psiquiátricos Especializados, desde que atendam à visão de unidade terapêutica moderna.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Que venha a nova lei, consoante com a medicina, o direito e as ciências afins. Que venha a nova lei, porém que seu escopo seja assistir condignamente o homem enfermo e seus familiares e seja fruto do saber, da cultura e das experiências positivas, nossas e de outros países.

Que o país tenha uma nova lei, firme, sadia, humanizada e justa.

Para tanto, na sua confecção deverá prevalecer o desarmamento dos espíritos exaltados ou sectários, a consciência de que nada está pronto e acabado e que acima de tudo reine a inteligência a preocupação humana e a boa fé.

X - X - X - X - X - X

SHIS - QI 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL.: (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2576 - CEP: 71645-120

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

SRTN 702 ED. BRASÍLIA RÁDIO CENTER
SALA 3085 TEL (061) 223-2645 - 223-5292
CEP 70719

ANEXO 1

SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8, DE 1991

(Nº 3.657/89, NA CASA DE ORIGEM)

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Fica proibida, em todo 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 psiquátricos manicomiais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

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

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

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

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

§ 3º - A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de 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.

ANEXO 2

LOI n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (1)

NOR : SPSX8900129L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. - Le premier alinéa de l'article L. 326 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. »

Art. 2. - Le chapitre Ier du titre IV du livre III du code de la santé publique est intitulé : « Organisation générale de la lutte contre les maladies mentales et droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. »

Il comprend l'article L. 326 et les articles L. 326-1, L. 326-2, L. 326-3, L. 326-4, L. 326-5, L. 327, L. 328, L. 329, L. 330 et L. 330-1 ainsi rédigés :

« *Art. L. 326-1.* - Nul ne peut être sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi et notamment par le chapitre III du présent titre.

« Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

« *Art. L. 326-2.* - Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

« *Art. L. 326-3.* - Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

« Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

« En tout état de cause, elle dispose du droit :

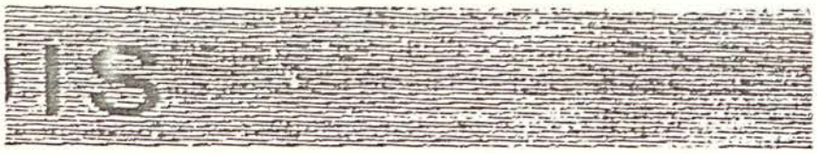
« 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 332-2 ;

« 2° De saisir la commission prévue à l'article L. 332-3 ;

« 3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

« 4° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

« 5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;



« 6° D'exercer son droit de vote ;

« 7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

« Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4°, 6° et 7°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

« *Art. L. 326-4.* - Tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

« *Art. L. 326-5.* - A sa sortie de l'établissement, toute personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

« *Art. L. 327.* - Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

« Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés aux articles L. 331 et L. 332, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le préfet doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

« *Art. L. 328.* - La personne hospitalisée sans son consentement dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

« Si une tutelle a été constituée, les significations seront faites au tuteur ; s'il y a curatelle, elles devront être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur.

« Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, lors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement.

« *Art. L. 329.* - Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements visés au chapitre II.

« *Art. L. 330.* - Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents ou de toute personne agissant dans l'intérêt du malade, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu du traitement, le tribunal pourra nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et hospitalisé sans son consentement dans un des établissements mentionnés à l'article L. 331.

« 1° A ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ;

« 2° A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra.

« Hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne hospitalisée.

« *Art. L. 330-1.* - Hormis les cas prévus à la section II du chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge des tutelles statue. »

Art. 3. - Les autres chapitres du titre IV du livre III du code de la santé publique sont abrogés et remplacés par les chapitres II à IV ainsi rédigés :

« Chapitre II

« Des établissements recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux

« *Art. L. 331.* - Dans chaque département, un ou plusieurs établissements sont seuls habilités par le préfet à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux qui relèvent du chapitre III du présent titre.

« *Art. L. 332.* - Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 est atteint de troubles mentaux tels que définis soit aux 1° et 2° de l'article L. 333, soit à l'article L. 342, le directeur de l'établissement doit prendre, dans les quarante-huit heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles L. 333, L. 333-2, L. 342 ou L. 343.

« *Art. L. 332-1.* - Un règlement est établi pour chaque établissement ou unité d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux.

« Ce règlement doit être conforme à un règlement intérieur type établi par voie réglementaire pour la catégorie d'établissement concernée.

« Il doit être approuvé par le préfet.

« *Art. L. 332-2.* - Les établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux sont visités sans publicité préalable une fois par semestre par le préfet ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement.

« Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L. 326-1, L. 326-2 et L. 326-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 341.

« *Art. L. 332-3.* - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 332-2, il est institué dans chaque département une commission départementale des hospitalisations psychiatriques chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

« Cette commission se compose :

« 1° D'un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel ;

« 2° D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;

« 3° De deux personnalités qualifiées désignées l'une par le préfet, l'autre par le président du conseil général, dont un psychiatre et un représentant d'une organisation représentative des familles de personnes

SCHEBESTA - DALLA BURERU ETUDE

« Seul l'un des deux psychiatres mentionnés aux 1° et 3° pourra exercer dans un établissement visé à l'article L. 331.

« Les membres de la commission ne peuvent être membres du conseil d'administration d'un établissement hospitalier accueillant des malades atteints de troubles mentaux dans le département du ressort de la commission.

« Ils ne peuvent, en dehors du cadre des attributions de la commission, faire état des informations qu'ils ont pu recueillir sur les personnes dont la situation leur a été présentée. Sous réserve des dispositions des 4° et 6° de l'article L. 332-4, ils sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par l'article 378 du code pénal.

« La commission désigne, en son sein, son président, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« *Art. L. 332-4.* - La commission prévue à l'article L. 332-3 :

« 1° Est informée, dans les conditions prévues au chapitre III du présent titre, de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ;

« 2° Etablit chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence visées aux articles L. 333-2 et L. 343 ;

« 3° Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celle de toutes personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois ;

« 4° Saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées ;

« 5° Visite les établissements mentionnés à l'article L. 331, reçoit les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil, vérifie les informations transcrites sur le registre prévu à l'article L. 341 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;

« 6° Adresse, chaque année, le rapport de son activité au préfet et au procureur de la République et le présente au conseil départemental de santé mentale ;

« 7° Peut proposer au président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement d'ordonner la sortie immédiate, en les formes et modalités prévues à l'article L. 351, de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini à l'article L. 331.

« Les personnels des établissements hospitaliers sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission.

« Chapitre III

« Modes d'hospitalisation
sans consentement dans les établissements

« Section 1

« Hospitalisation sur demande d'un tiers

« *Art. L. 333.* - Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers que si :

« 1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;

« 2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

« La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

« Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de

« La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies.

« Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 331, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.

« *Art. L. 333-1.* - Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de l'article L. 333 ou de l'article L. 333-2 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

« Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée.

« *Art. L. 333-2.* - A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

« *Art. L. 334.* - Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 333, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

« Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au préfet et à la commission mentionnée à l'article L. 332-3.

« *Art. L. 335.* - Dans les trois jours de l'hospitalisation, le préfet notifie les nom, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation :

« 1° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée ;

« 2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

« *Art. L. 336.* Si l'hospitalisation est faite dans un établissement privé n'assurant pas le service public hospitalier, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge deux psychiatres de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état et d'en faire rapport sur-le-champ. Il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

« *Art. L. 337.* Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

« Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois.

« Le certificat médical est adressé aux autorités visées au deuxième alinéa de l'article L. 338 ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 332-3 et selon les modalités prévues à ce même alinéa.

« Faute de production du certificat susvisé, la levée de l'hospitalisation est acquise.

« *Art. L. 338.* - Sans préjudice des dispositions mentionnées au précédent article, il est mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L. 333 ou de l'article L. 333-2 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 341. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation.

« Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le préfet, la commission mentionnée à l'article L. 332-3, les procureurs de la République mentionnés à l'article L. 335 et la personne qui a demandé l'hospitalisation.

« Le préfet peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dans les établissements mentionnés à l'article L. 331 lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.

« *Art. L. 339.* - Toute personne hospitalisée à la demande d'un tiers dans un établissement mentionné à l'article L. 331 cesse également d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par :

« 1° Le curateur nommé en application de l'article L. 330 ;

« 2° Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade ;

« 3° S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants ;

« 4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ;

« 5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

« 6° Toute personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ;

« 7° La commission mentionnée à l'article L. 322-3.

« S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononcera dans un délai d'un mois.

« Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, sans préjudice des dispositions des articles L. 342 et L. 347, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au préfet, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article L. 342. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le préfet n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office.

« *Art. L. 340.* - Dans les vingt-quatre heures suivant la sortie, le directeur de l'établissement en avise le préfet ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 332-3 et les procureurs mentionnés à l'article L. 335 et leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme mentionnés à l'article L. 339.

« *Art. L. 341.* - Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures :

« 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;

« 2° La date de l'hospitalisation ;

« 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ;

« 4° Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ;

« 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;

« 6° Les certificats que le directeur de l'établissement

« 7° Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L. 350 ;

« 8° Les levées d'hospitalisation ;

« 9° Les décès.

« Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 332-2 et L. 332-4, visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et, s'il y a lieu, leurs observations.

« Section II

« Hospitalisation d'office

« *Art. L. 342.* - A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les préfets prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 331 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

« Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au préfet et à la commission mentionnée à l'article L. 332-3 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

« Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L. 343, L. 345, L. 346, L. 347 et L. 348 et les sorties effectuées en application de l'article L. 350 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 341, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

« *Art. L. 343.* - En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 342. Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

« *Art. L. 344.* - Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au préfet et à la commission mentionnée à l'article L. 332-3 par le directeur de l'établissement.

« *Art. L. 345.* - Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le préfet peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le préfet pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

« Faute de décision préfectorale à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

« Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le préfet peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L. 332-3.

« *Art. L. 346.* - Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L. 341 et L. 342 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai.

« *Art. L. 347.* - A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'

soins d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

« *Art. L. 348.* Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 64 du code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le préfet, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 332-3. L'avis médical visé à l'article L. 342 doit porter sur l'état actuel du malade.

« *Art. L. 348-1.* - Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 348 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République après avis de la direction de l'action sanitaire et sociale du département dans lequel est situé l'établissement.

« Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

« *Art. L. 349.* Le préfet avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

« Section III

« Dispositions communes

« *Art. L. 350.* Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés aux articles 4 *ter* et 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

« La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

« La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

« 1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est visé par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au préfet ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;

« 2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le préfet, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

« *Art. L. 351.* Toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, tout parent ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

« Toute personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins.

« Le président du tribunal de grande instance peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette

« *Chapitre II*

« Dispositions pénales

« *Art. L. 352.* - Sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 500 F à 15 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 331 qui aura retenu une personne hospitalisée sans son consentement alors que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, en application du dernier alinéa de l'article L. 338 ou de l'article L. 346, ou par le président du tribunal de grande instance, conformément à l'article L. 351, ou lorsque cette personne aura bénéficié de la mainlevée de l'hospitalisation en application des articles L. 337, L. 338, L. 339 ou L. 345.

« *Art. L. 353.* - Sera puni d'un emprisonnement de cinq jours à un an et d'une amende de 2 500 F à 20 000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 331 qui aura :

« 1° Admis une personne sur demande d'un tiers sans avoir obtenu la remise de la demande d'admission et des certificats prévus par les articles L. 133 et L. 333-2 ;

« 2° Omis d'adresser au préfet dans les délais prescrits les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du deuxième alinéa de l'article L. 334 ;

« 3° Omis d'adresser au préfet dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application des articles L. 337, L. 344 et L. 346 ;

« 4° Omis de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions des articles L. 341 et L. 342 ;

« 5° Omis d'aviser dans le délai prescrit les autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 338 de la déclaration prévue par ledit article ;

« 6° Omis d'aviser le préfet dans les délais prescrits de la levée de l'hospitalisation sur demande d'un tiers prévue par l'article L. 340 ou de la déclaration prévue par l'article L. 346 ;

« 7° Supprimé ou retenu une requête ou réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative.

« *Art. L. 354.* - Sera puni des peines mentionnées à l'article L. 353 :

« 1° Le médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 331 qui aura supprimé ou retenu une requête ou une réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative ;

« 2° Le médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 331 qui aura refusé ou omis d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L. 334, L. 337, L. 342 et L. 344.

« 3° Le directeur d'un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 qui n'aura pas pris dans le délai prescrit les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues par les articles L. 133, L. 333-2, L. 342 ou L. 343 dans les cas définis à l'article L. 332.

« *Art. L. 355.* — Des décrets en Conseil d'Etat déterminent en tant que de besoin les mesures d'application du présent titre. »

Art. 4. — Une évaluation des dispositions prévues par la présente loi devra être réalisée dans les cinq années qui suivent sa promulgation. Cette évaluation sera établie sur la base des rapports des commissions départementales prévues à l'article L. 332-3 du code de la santé publique ; elle sera soumise au Parlement après avis de la commission des maladies mentales.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 27 juin 1990

FRANÇOIS MITTERRAND

Par le Président de la République

Le Premier ministre,
MICHEL ROCARD

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
PIERRE ARPAILLANGE

Le ministre de l'intérieur,
PIERRE JOXE

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,
CLAUDE EVIN

(1) Travaux préparatoires : loi n° 90-527

Sénat

Projet de loi n° 45 (1989-1990).

Rapport de M. Jean Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, n° 216 (1989-1990).

Avis de la commission des lois, M. Dreyfus-Schmidt, n° 241 (1989-1990).

Discussion les 18, 19 et 24 avril 1990. — Adoption le 24 avril 1990.

Assemblée nationale

Projet de loi, adopté par le Sénat, n° 1291.

Rapport de M. Didier Chouat, au nom de la commission des affaires culturelles, et, annexe, avis de M. Philippe Marchand, au nom de la commission des lois, n° 1344.

Discussion les 15 et 16 mai 1990. — Adoption le 16 mai 1990.

Sénat

Projet de loi modifié par l'Assemblée nationale, n° 302 (1989-1990).

Rapport de M. Jean Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, n° 343 (1989-1990).

Discussion et adoption le 11 juin 1990.

Assemblée nationale

Projet de loi n° 1435.

Rapport de M. Didier Chouat, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 1457.

Discussion et adoption [illegible] juin 1990.

ANEXO 2

SAN - Junho 91

TEMAS, São Paulo, 1991, 40/41:278-282

A NOVA LEI FRANCESA SOBRE A INTERNAÇÃO*

Jacques Postel

RESUMO

O autor apresenta a Lei Francesa sobre a internação de pacientes psiquiátricos de 27 de junho de 1990, que veio substituir a Antiga Lei de 1838. Aquela dispõe sobre o direito dos doentes frente às internações que ocorrem sem o seu consentimento, quais sejam, a hospitalização imposta por um terceiro e a hospitalização obrigatória.

UNITERMOS: Desistitucionalização, Psiquiatria Legal, Hospital Psiquiátrico, Admissão de Paciente, Psiquiatria, Alta do Paciente.

Introdução

Finalmente pereceu a antiga lei de 1838, inspirada por Esquirol, promulgada pelo Rei Luis Felipe no seu castelo de Neuilly. Ela serviu de modelo a muitas legislações sobre a internação de alienados, e resistiu ao desaparecimento da monarquia constitucional que havia visto nascer, ao 2º Império, a três Repúblicas e a três grandes guerras, das quais a última transformou o mundo ocidental. Nem mesmo o movimento antipsiquiátrico dos anos 1960, e a destruição dos manicômios na Itália, a abalaram. Depois do projeto de reforma de Gambetta, no fim do reinado de Napoleão III, não mais ocorreram outros com finalidade de transformá-la ou suprimí-la.

Foi somente na atmosfera da comemoração do bicentenário da Revolução de 1789, que os parlamentares franceses decidiram substituí-la por uma nova lei, esta publicada no dia 30 de junho, denominada a lei de 27 de junho de 1990[1]. Não se trata, contudo, senão de mais de um fogo de artifício comemorativo. Pois nenhum dos grandes princípios da antiga lei foi derrubado. Como veremos, as hospitalizações obrigatórias permaneceram e, a antiga internação obrigatória por iniciativa de uma autoridade administrativa ou policial permanece, praticamente, inalterada; mesmo se agora ela se chama "hospitalização obrigatória", a hospitalização de um doente mental permanece como solução única para o problema da obrigação de cuidados. E, a exclusão daquele que pertuba a sociedade, permanece como conduta administrativa e legal. Nenhuma reflexão mais profunda dos legisladores tomou em consideração a prática da Psiquiatria de setor e dos imperativos da manutenção, antes de mais nada, da inserção social dos doentes. O aumento das possibilidades de obrigações e controle da internação não é mais que uma garantia de aparência para os doentes.

* Origina em francês, traduzido com autorização do autor. Tradução por *Sheila H. Barbosa* Médica Residente (R2) de Psiquiatria.Revisão *Giordano Estevão*. Psiquiatra. Chefe da Seção de Psicologia Médica do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital do Servidor Público Estadual "F.M.O.", Diretor Clínico da Casa de Saúde Nossa Senhora do Caminho.

1. Journal Officiel de la République Française. Paris, 30 juin 1990, p. 7664-8.

Somente a criação da nova Comissão Departamental pode constituir um verdadeiro progresso. É preciso, contudo, que seja provida de meios para funcionar, realmente, e que os usuários aí estejam, verdadeiramente, representados.

Correspondendo aos artigos L 326-1 a L 335 do Código de Saúde Pública, essa lei nos lembra de início que "toda pessoa hospitalizada com seu consentimento por problemas mentais é dita em hospitalização livre". Ela guarda os mesmos direitos de um doente hospitalizado em um serviço qualquer de um hospital geral. Ao contrário, a sua hospitalização sem o seu consentimento vai se fazer através de "uma hospitalização a pedido de um terceiro" que substitui a antiga "hospitalização voluntária", ou mesmo a "hospitalização obrigatória", correspondendo a antiga internação obrigatória.

A hospitalização sobre demanda de um terceiro

A primeira modalidade (secção I da lei, artigos L 333 a L 341) somente ocorre quando os distúrbios mentais do paciente tornaram impossível o seu consentimento e se o seu estado psíquico impõe cuidados, imediatos, na forma de uma observação constante, em meio hospitalar. Além do pedido de admissão redigido por um membro da família do doente ou por uma pessoa susceptível de agir no interesse do doente (excluídos os membros da equipe, se eles exercem suas funções no estabelecimento que vai acolher o doente), é preciso dois certificados médicos datando de menos de quinze dias, atestando a impossibilidade do consentimento pelo paciente e a necessidade que ele seja tratado e observado de uma maneira contínua, dentro de um estabelecimento hospitalar. Normalmente, estes dois certificados deveriam ser redigidos por médicos externos a esta instituição, para evitar todo risco de colisão entre os profissionais. Contudo, admite-se que o segundo médico poderia exercer no estabelecimento que acolhe o paciente. E isto torna em parte ilusória a separação que teria sido mantida entre os médicos responsáveis pela hospitalização sob demanda, e o profissional encarregado de confirmar ou de invalidar nas 24 horas, depois dentro de 15 dias, e a seguir todos os meses, da necessidade de manutenção desta hospitalização sob demanda. Este último deve cada vez, para cumprir esta finalidade, redigir um certificado concluindo pela manutenção ou pelo término da hospitalização. Além dos certificados periódicos "legais", ele pode e deve redigir um certificado de alta hospitalar sob demanda, desde que constate que esta não se justifica mais. Os diferentes certificados devem ser dirigidos nos prazos mais breves às autoridades administrativas (artigos L 334, L 337, L 338), o que garante um controle extra médico da hospitalização sob demanda, mas não permite o respeito do segredo médico do doente, pois um artigo da lei obriga as ditas autoridades ao segredo. Quando as condições de hospitalização não estão mais presentes, e na ausência de um certificado médico atualizado, a autoridade policial pode ordenar a suspensão imediata desta hospitalização (artigo L 338). Mas no caso habitual, é o médico do estabelecimento que vai proceder a alta do paciente, redigindo um certificado de suspensão da hospitalização sob demanda. Ele poderá, em seguida, manter o paciente em hospitalização livre se isto se faz ainda necessário

para o seu tratamento.

A hospitalização obrigatória

A segunda modalidade (seção II da lei, artigos L 342 a L 349) corresponde a hospitalização obrigatória. Ela não difere, praticamente, da internação obrigatória da antiga lei de 1838. É com efeito, sempre um despacho (em Paris, a autoridade policial) dando os motivos e enunciando com precisão as circunstâncias que tornam a hospitalização necessária, além de um certificado médico detalhado (que não pode ser redigido, senão por um profissional do estabelecimento que vai acolher o doente), que determina esta hospitalização obrigatória. Em seguida, compete ao médico que trabalha no hospital confirmar ou invalidar a necessidade da manutenção desta hospitalização no seu certificado de 24 horas, de quinzena e mensais, sucessivos. E,se o psiquiatra declara que a alta deve ser concedida, o Diretor do estabelecimento deve nas 24 horas seguintes, informar a autoridade policial da alta (esta, contudo, pode não se dar imediatamente, uma vez que o artigo L 348-1 prevê para certos pacientes, a autoridade policial pode escolher dois psiquiatras externos ao estabelecimento para confirmar a opinião do psiquiatra hospitalar, antes de ordenar a alta).

Os direitos do doente

Sanções penais particularmente severas (5 dias a 1 ano de prisão, e 500 a 15.000 F de multa, art. L 352-353-354) são previstos para os diretores e psiquiatras que não cumprirem os prazos para o encaminhamento dos certificados, ou para estes últimos, que não os redigirem no tempo previsto. Isto quer dizer que no conjunto o poder médico é particularmente bem controlado, enquanto que o prefeitoral guarda, para as hospitalizações obrigatórias, uma grande liberdade de decisão.

O paciente deve ser informado desde sua admissão, e também na medida que pergunta, da sua situação jurídica e dos seus direitos (art. 326-3). Estes incluem inicialmente o direito de se comunicar com as autoridades e articular com o presidente do Tribunal de Grande Instância e com o procurador da República. Este tem, também, o direito de emitir e receber correspondência, de consultar o regulamento interior do estabelecimento onde se encontra hospitalizado e, "de receber as explicações que se fizerem necessárias". Ele poderá ainda aconselhar-se com um advogado ou médico de sua escolha, e mesmo continuar a exercer seu direito de voto e de praticar atividades religiosas e filosóficas de sua escolha. E, bem entendido, o doente conserva, à sua saída, "a totalidade dos direitos e deveres do cidadão" (art.L 326-5). Ele beneficia-se, ainda, de uma observação particular do estabelecimento onde foi hospitalizado. Este último deve ser visitado (art. L 332-2) "sem conhecimento prévio, uma vez por semestre, pela autoridade policial ou seu representante, o juiz do Tribunal de Instância, o presidente do Tribunal de Grande Instância ou seu delegado, o Prefeito ou seu representante e, ao menos uma vez por trimestre, pelo procurador da República". Estas autoridades recebem as reclamações das pessoas hospitalizadas e procedem a verificações úteis.

A comissão departamental

Finalmente, uma "comissão departamental de hospitalizações psiquiátricas encarregada de examinar a situação das pessoas hospitalizadas por problemas mentais, em relação ao respeito das liberdades individuais e da dignidade das pessoas" deve ser instituída em cada departamento (art. L 332-3), e deve se compor:

1º - de um psiquiatra designado pelo procurador geral do Supremo Tribunal de Justiça;

2º - de um magistrado designado pelo primeiro presidente do Supremo Tribunal de Justiça;

3º - de duas personalidades qualificadas e designadas, uma pelo delegado, e outra pelo presidente do Conselho Geral, sendo uma delas um psiquiatra, e a outra um representante de uma organização das famílias de pessoas portadoras de distúrbios mentais. Esta comissão tem um papel de controle muito importante sobre as hospitalizações sem consentimento (a pedido de um terceiro ou obrigatória) das quais ela deve ser regularmente informada. Ela é, também, informada da renovação destas hospitalizações obrigatórias (a cada 15 dias ou a cada mês), e o mesmo da sua suspensão, quando o doente encontrou suas possibilidades de consentimento. Ela examina, se necessário, a situação das pessoas hospitalizadas e, obrigatoriamente, aquela de toda pessoa cuja a hospitalização, a pedido de um terceiro, se prolonga por mais de 3 meses. Ela informa, quando isto lhe parece justificado, o delegado ou o procurador da República da situação das pessoas hospitalizadas. Seus membros devem visitar, regularmente, os estabelecimentos onde estas pessoas se encontram hospitalizadas, recebendo todas as reclamações. Finalmente, esta comissão verifica todas as informações transcritas sob os registros legais, e redige um relatório anual de atividades, encaminhando às autoridades administrativas e judiciais (cf. art. L 332-4). Isto constitui um progresso razoável em relação a antiga lei de 1838. É preciso, contudo, que essas comissões departamentais tenham autoridade e meios suficientes para poder, verdadeiramente, funcionar como prevê a lei.

Conclusão

No global, esta nova lei representa um certo avanço sob aquela de 1838. É de se lamentar, contudo, que ela não foi motivada por um projeto mais ambicioso. "No lugar de atualizar uma antiga lei já bem desmantelada e que pouco a pouco cai em desuso, nosso país no fim do século XX deveria conduzir uma reflexão ética mais ampla sobre os procedimentos de obrigação de cuidados para todas as pessoas de capacidade decisional reduzida, não isolando mais os doentes mentais numa lei de exclusão como no último século?" (Horassius e Escolier, 1990).

O seu mérito essencial será talvez, diante das grandes dificuldades na sua aplicação prática e de certas contradições internas, de ser rapidamente obsoleta, o que foi previsto por um legislador que propôs revizá-la em 5 anos (último artigo, L 355-4).

ANEXO 3

Ministério da Saúde

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA Nº 224, DE 29 DE JANEIRO DE 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto nº 99244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4º da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/91), Coordenação de Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde; estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:
   - organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
   - diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
   - garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
   - multiprofissionalidade na prestação de serviços;
   - ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
   - definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

2) Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório

2.1 - O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

2.2 - Os critérios de hierarquização e regionalização da rede bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo Órgão Gestor Local.

2.3 - A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:
   - atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
   - atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
   - visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
   - atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

2.4 - Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:
   - atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
   - visita domiciliar;
   - atividades comunitárias.

A equipe técnica de Saúde Mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do Órgão Gestor Local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo Órgão Gestor Local.

2. NÚCLEOS/CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAPS/CAPS):

2.1 - Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, consideran

do sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 - São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00h, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 - A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros);
- atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;

- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- Os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições;os que freqüentam por um período de 8 horas (2 turnos) terão direito a três refeições.

2.5 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 - Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS)

1) Hospital - dia

1.1 - A instituição de hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de 2ª feira a 6ª feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1.2 - O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço de hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1.3 - A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- Os pacientes em regime hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4 - Recursos Humanos

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1.5 - Para Fins de Financiamento pelo SIH-SUS

a) Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para um mínimo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos.

a) Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 hab., o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

2. Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital-Geral

2.1 - Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2 - Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social;

b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros;

c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);

d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto-atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital-geral e hospital especializado.

2.4 - Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima, período diurno (serviço até 10 leitos para internações breve):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5 - Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares-SIH, o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3. Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-Geral

3.1 - O estabelecimento de leitos/unidade psiquiátricas em hospital-geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional.

3.2 - O número de leitos psiquiátricos em hospital-geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital-geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socio-terápicas.

3.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social;
b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápica);
d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
e) preparação do paciente para a alta-hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorial, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

3.4 - Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3.5 - Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital-Geral) será remunerado apenas nos hospitais-gerais.

4. Hospital Especializado em Psiquiatria

4.1 - Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social;
b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
e) preparação do paciente para a alta-hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorial, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3 - Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento da clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor expedidas pelo Ministério da Saúde.

4.4 - O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5 - O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6 - Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7:00 às 19:00 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro.

- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:
- 1 assistente social;

- 1 psicólogo;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes.
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos, três outros dias da semana.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

1) Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;
- os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo Órgão Gestor Local.

2) Em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais geral ou especializado, que seja referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente Portaria, será de competência das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

RICARDO AKEL

(OF nº 68/92)

ANEXO 4

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

17 de Dezembro de 1991

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

PREFEITURA DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Programa de Saúde Mental

1992

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

17 de Dezembro de 1991

A PROTEÇÃO DE PESSOAS COM ENFERMIDADE MENTAL E A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL*

A ASSEMBLÉIA GERAL,

Ciente das recomendações da Declaração Universal dos Direitos do Homem.65/da Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos.84/da Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.84/e de outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Incapacitadas.98/e do Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.99/,

Recordando sua resolução 33/53 de 14/dezembro/1978, na qual se requeria à Comissão dos Direitos Humanos que a Sub-Comissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias tomasse, como matéria prioritária, um estudo da questão da proteção das pessoas afiladas por suas más condições de saúde mental, com vistas a formular diretrizes;

Recordando também sua resolução 45/92 de 14/dezembro /1990, na qual se saudava o progresso feito pelo grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos ao elaborar um projeto de corpo de princípios para a proteção de pessoas com enfermidade mental e para a melhoria da assistência em saúde mental com base em um projeto apresentado à Comissão pela Sub-Comissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias,

Anotando a resolução 1991/46 de 5/março/1991.69/da Comissão de Direitos Humanos, em que se aprovava o projeto de corpo de princípios a ela submetido pelo grupo de trabalho e decidia transmiti-lo, bem como ao relatório do grupo de trabalho, à Assembléia Geral, por intermédio do Conselho Econômico e Social,

Anotando também a resolução 1991/29 de 31/maio/1991, do Conselho Econômico e Social, em que se decidia submeter o projeto de corpo de princípios e o relatório do grupo de trabalho à Assembléia Geral,

Considerando ainda as recomendações da Comissão de Direitos Humanos em sua resolução 1991/46 e do Conselho Econômico e Social em sua resolução 1991/29 que, em caso de aprovação do projeto de corpo de princípios pela Assembléia Geral, o texto completo seria disseminado do modo mais amplo possível e que a introdução deveria ser publicada ao mesmo tempo, como um documento complementar, para benefício dos Governos e do público em geral,

---

* Original em Inglês. Versão não Oficial. 01/06/92
Coordenação deste trabalho de tradução e versão em Português: Dr. Messias Liguori Padrão

"Estabelecimento de Saúde Mental" significa qualquer estabelecimento, ou qualquer unidade de um estabelecimento que, como função primária, ofereça assistência em saúde mental;

"Profissional de Saúde Mental" significa um médico, psicólogo clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada, com habilidades específicas relevantes para a assistência em saúde mental;

"Paciente" significa uma pessoa recebendo assistência em saúde mental, e inclui todas as pessoas admitidas em um estebelecimento de saúde mental;

"Representante pessoal" significa uma pessoa destacada por lei, com o dever de representar os interesses de um paciente em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em nome do paciente, incluindo os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

"Corpo de revisão" significa o órgão estabelecido de acordo com o Princípio/17 para rever a admissão involuntária ou a retenção de um paciente em um estabelecimento de saúde mental.

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

O exercício dos direitos expressos nestes Princípios poderá apenas estar sujeito às limitações prescritas por lei, e necessárias à proteção da saúde ou segurança da pessoa interessada ou de outras, ou ainda para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde, a moral ou os direitos e liberdades fundamentais de outros.

PRINCÍPIO 1

LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS

1. Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível em saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.

2. Todas as pessoas com enfermidade mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana.

3. Todas as pessoas com enfermidade mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de outro tipo, abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.

Considerando ainda a nota da Secretaria Geral.100/ que em seu anexo contém o projeto de corpo de princípios e a introdução ao mesmo.

1. **Adota** os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cujo texto está anexo à presente resolução;

2. **Requisita** à Secretaria Geral que inclua o texto do corpo de Princípios, juntamente com a introdução, na próxima edição de "Direitos Humanos/-Uma Compilação de Instrumentos Internacionais";

3. **Requisita** à Secretaria Geral que dê a maior disseminação possível ao corpo de Princípios e garanta que a introdução seja publicada ao mesmo tempo como documento complementar, para benefício dos Governos e do público em geral.

ANEXO

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS COM ENFERMIDADE MENTAL E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

APLICAÇÃO

Estes Princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer tipo, tais como as alegações de incapacitação, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, status legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

DEFINIÇÕES

Nestes Princípios:

"Advogado" significa um representante legal ou qualificado de outra maneira;

"Autoridade independente" significa uma autoridade competente e independente prescrita pela legislação nacional;

"Assistência à Saúde Mental" inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e, tratamento, cuidado e reabilitação para uma enfermidade mental ou suspeita de enfermidade mental;

Não haverá discriminação sob alegação de enfermidade mental.

4. "Discriminação" significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com enfermidade mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa com enfermidade mental ou de outros indivíduos.

5. Toda pessoa com uma enfermidade mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, conforme reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem,65/pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais,84/pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos,84/e por outros instrumentos relevantes,como a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada,98/e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento,99/.

6. Qualquer decisão em que, em razão de enfermidade mental, a pessoa perca sua capacidade legal, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência equitativa a cargo de um tribunal independente e imparcial estabelecido por legislação nacional. A pessoa cuja capacidade esteja em pauta terá o direito de ser representada por um advogado. Se esta pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, não puder garantir por meios próprios seu representante legal, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá representar um membro da família da pessoa cuja capacidade esteja em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflito de interesses. As decisões com respeito à capacitação e à necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis, previstos pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra essas decisões.

7. Nos casos em que uma corte ou outro tribunal competente julgar que uma pessoa com enfermidade mental esteja incapacitada para gerir seus próprios assuntos, deverão tomar-se medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e conforme suas necessidades.

PRINCIPIO 2

PROTEÇÃO DE MENORES

Deverão tomar-se cuidados especiais, dentro dos propósito destes Princípios e dentro do contexto das leis nacionais de proteção ao menores, que venham garantir seus direitos, incluindo, se necessário, a designação de outro representante pessoal que não seja um familiar.

PRINCÍPIO 3

VIDA EM COMUNIDADE

Toda pessoa com enfermidade mental deverá ter o direito d viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

PRINCÍPIO 4

DETERMINAÇÃO DE UMA ENFERMIDADE MENTAL

1. A determinação de que uma pessoa é portadora de ur enfermidade mental deverá ser feita de acordo com os padrões médic aceitos internacionalmente.

2. A determinação de uma enfermidade mental nunca deverá s feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinênc a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão r diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

3. Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico enfermidade mental: os conflitos familiares ou profissionais, a n conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou co as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.

4. Uma história de tratamento anterior ou uma hospitaliza como paciente não deverão por si mesmas justificar qualq determinação presente ou futura de enfermidade mental.

5. Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa co portadora, ou de outro modo indicará que uma pessoa tem u enfermidade mental, fora dos propósitos diretamente relacionados enfermidade mental ou suas consequências.

PRINCÍPIO 5

EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será compelida a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se tem ou não uma enfermidade mental, que não esteja de acordo com procedimentos autorizados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 6

CONFIDENCIALIDADE

Devera respeitar-se o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios à confidencialidade das informações que lhes concernem.

PRINCÍPIO 7

O PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

1. Todo paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.

2. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o paciente terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.

3. Todo paciente terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

PRINCÍPIO 8

PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

1. Todo paciente terá o direito de receber cuidados de saúde e sociais de modo apropriado às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas enfermas.

2. Todo paciente será protegido de danos, inclusive medicação não justificada, de abusos por parte de outros pacientes, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

PRINCIPIO 9

TRATAMENTO

1. Todo paciente terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possivel, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.

2. O tratamento e os cuidados a cada paciente serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o paciente, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

3. A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerá abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.

4. O tratamento de cada paciente deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal.

PRINCÍPIO 10

MEDICAÇÃO

1. A medicação deverá atingir da melhor maneira as necessidades de saúde do paciente, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para a conveniência de outros. Sujeitos às determinações do parágrafo/15 do Princípio/11, os profissionais de saúde mental deverão administrar somente as medicações de eficácia conhecida ou demonstrada.

2. Toda medicação deverá ser prescrita por um profissional de saúde mental autorizado pela legislação e ser registrada no prontuário do paciente.

PRINCÍPIO 11

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO

1. Nenhum tratamento será administrado a um paciente sem seu consentimento informado, exceto nas situações previstas nos parágrafos/6,7,8,13 e /15 abaixo.

2. Consentimento informado é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou indução imprópria, após esclarecimento apropriado ao paciente com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao paciente sobre:

(a) A avaliação diagnóstica;

(b) O propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto;

(c) Os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e

(d) Possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.

3. O paciente pode requerer a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento de obtenção do consentimento.

4. O paciente tem o direito de recusar ou interromper um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos /6,7,8,13 e /15 abaixo. As consequências de recusar ou interromper o tratamento devem ser explicadas ao paciente.

5. O paciente nunca deverá ser convidado ou induzido a abrir mão do direito ao consentimento informado. Se o paciente quiser fazê-lo, deve-lhe ser explicado que o tratamento não poderá ser administrado sem o consentimento informado.

6. Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos /7,8,12,13,14 e /15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um paciente sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas :

(a) O paciente for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;

(b) Uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações relevantes, inclusive da informação especificada no parágrafo /2 acima, que esteja convencida de que, no momento relevante, o paciente está incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional assim determinar, que, considerando a segurança do próprio paciente ou a segurança de outros, o paciente tenha irracionalmente recusado tal consentimento; e

(c) A autoridade independente esteja convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do paciente.

7. O parágrafo /6 acima não se aplicará quando o paciente tiver um representante pessoal designado por lei para dar consentimento ao tratamento pelo paciente: mas, exceto nos casos previstos nos parágrafos /12.13.14 e /15 abaixo, o tratamento poderá ser administrado a tal paciente sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações descritas no paragrafo /2 acima, consinta, em nome do paciente.

8. Exceto nas situações previstas nos parágrafos /12.13.14 e /15 abaixo, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer paciente sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei determine que é urgentemente necessário, a fim de evitar dano imediato ou iminente ao paciente ou a outras pessoas. Tal tratamento não sera prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito.

9. Nos casos em que algum tratamento seja autorizado sem o consentimento informado do paciente, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.

10. Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos pacientes, com a indicação de ter sido voluntário ou involuntário.

11. Não deverá ser empregada a restrição física ou o isolamento involuntário de um paciente, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e a outros. E também, não deverá ser prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os eventos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do paciente. O paciente que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante o representante pessoal do paciente deverá ser prontamente notificado .

12. A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento em caso de enfermidade mental.

13. Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa com enfermidade mental quando permitido por legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do paciente e quando receber seu consentimento informado, salvo os casos em que o paciente esteja incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após um exame independente.

14. A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para enfermidades mentais jamais serão realizados em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro paciente quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo esteja convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do paciente.

15. Ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer paciente sem seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um paciente que esteja capacitado a dar seu consentimento informado.

16. Nos casos especificados nos parágrafos /6,7,8,13,14 e /15 acima, o paciente, ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terá o direito de apelar a uma autoridade independente, judiciária ou outra, acerca de qualquer tratamento administrado ao paciente.

PRINCÍPIO 12

INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1. O paciente em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, na forma e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.

2. Caso o paciente esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e para a pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do paciente e dispostas a fazê-lo.

3. O paciente com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

PRINCÍPIO 13

DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Todo paciente de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:

(a) Reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;

(b) Privacidade;

(c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, de outros visitantes; e liberdade de acesso a serviços postais e telefônicos, e a jornais, rádio e televisão;

(d) Liberdade de religião ou crença.

2. O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente:

(a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer;

(b) Instalações educacionais;

(c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação;

(d) Instalações, e estímulo para sua utilização, para o engajamento do paciente em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam a reintegração na comunidade.

3. Em nenhuma circunstância o paciente será submetido a trabalhos forçados. O paciente terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições da administração da instituição.

4. O trabalho de um paciente em estabelecimento de saúde mental não será objeto de exploração. Tais pacientes deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-paciente, de acordo com a legislação ou o costume nacional. Tais pacientes deverão, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

PRINCÍPIO 14

RECURSOS DISPONÍVEIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular:

(a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente e com espaço adequado para oferecer a cada paciente privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;

(b) Equipamento diagnóstico e terapêutico;

(c) Assistência profissional apropriada; e

(d) Tratamento adequado, regular e compreensivo, incluindo fornecimento de medicação.

2. Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado por autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos pacientes, de acordo com estes Princípios.

PRINCÍPIO 15

PRINCÍPIOS PARA A ADMISSÃO

1. Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.

2. O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que em qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outra enfermidade qualquer.

3. Todo paciente que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para sua retenção como paciente involuntário, conforme o Princípio / 16, devendo-se informar o paciente deste direito.

PRINCÍPIO 16

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1. Uma pessoa pode (a)/ ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental: ou (b)/ tendo sido admitida voluntariamente como paciente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio/4, que a pessoa tenha uma enfermidade mental e considerar:

(a) Que, devido à enfermidade mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente a pessoa ou a outros;

(b) Que, no caso de uma pessoa cuja enfermidade mental seja severa e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente seria possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no sub-parágrafo /b, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntárias não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.

2. A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. Os motivos da admissão deverão ser comunicados prontamente ao paciente e a admissão e seu motivo também deverão ser comunicadas prontamente e em detalhes ao corpo de revisão, ao representante pessoal do paciente, se houver e, a menos que haja objeção do paciente, à sua família.

3. Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber pacientes admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 17

CORPO DE REVISÃO

1. O corpo de revisão deverá ser um corpo independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá, ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.

2. O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo/2 do Princípio /16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá ocorrer tão logo quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzida de acordo com procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.

3. O corpo de revisão deverá rever periodicamente os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.

4. Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão, sua alta, ou a conversão de sua condição ao estado de paciente voluntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.

5. Em tais revisões, o corpo de revisão deverá avaliar se o critério para admissão involuntária, expresso no parágrafo/1 do Princípio/16, ainda está satisfeito, e, se não estiver, o paciente sairá da condição de paciente involuntário.

6. Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que as condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário não mais estão satisfeitas, deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.

7. Um paciente ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada terá o direito de apelar a um tribunal superior contra a decisão de admitir ou reter o paciente em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 18

SALVAGUARDAS PROCESSUAIS

1. O paciente terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o paciente não puder garantir tais serviços, colocar-se-á um advogado a sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.

2. O paciente também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o paciente não puder garanti-los, eles deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar a carência dos meios de pagamento.

3. O paciente e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.

4. Cópias dos registros do paciente e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos ao paciente e a seu advogado, exceto em casos especiais onde esteja determinado que uma revelação específica ao paciente poderia causar dano grave à saúde do paciente ou por em risco a segurança de outros. Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao paciente deverá, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecido ao seu representante pessoal e seu advogado. Quando qualquer parte de um documento for vedada ao paciente, o paciente ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e o fato será sujeito à revisão judicial.

5. O paciente, seu representante pessoal e o advogado terão o direito de comparecer, de participar e de serem ouvidos em qualquer audiência.

6. Se o paciente ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em uma audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que a presença da pessoa poderá causar dano sério à saúde do paciente ou colocar em risco a segurança de outros.

7. Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de publicação de seus autos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do paciente, a necessidade de respeito à privacidade do paciente e de outras pessoas e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do paciente ou colocar em risco a segurança de outros.

PRINCÍPIO 19

ACESSO À INFORMAÇÃO

1. O paciente (este termo, neste Princípio, inclui um ex-paciente) deverá ter direito de acesso à informação concernente a ele, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do paciente e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao paciente deverão, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecidas ao representante pessoal e ao advogado do paciente. Quando qualquer informação for vedada ao paciente, o paciente ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.

2. Qualquer comentário, feito por escrito, pelo paciente, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido no prontuário do paciente.

PRINCÍPIO 20

DOS INFRATORES DA LEI

1. Este Princípio se aplica a pessoas cumprindo sentenças de prisão por crimes, ou que estejam detidas no curso de investigações ou processos penais contra elas, e nas quais tenha sido determinada a presença de enfermidade mental, ou a possibilidade de sua existência.

2. Tais pacientes devem receber, a melhor assistência à saúde mental disponível, como determinado no Princípio /1. Estes Princípios serão aplicados a elas na maior extensão possível, com modificações e exceções limitadas apenas por necessidades circunstanciais. Nenhuma dessas modificações e exceções deverá prejudicar os direitos da pessoa no que diz respeito aos instrumentos mencionados no parágrafo /5 do Princípio /1.

3. A legislação nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente a determinar, baseando-se em opinião médica competente e independente, que tais pessoas sejam admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

4. O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de enfermidade mental deverá, em todas as circunstâncias, ser consistente com o Princípio /11.

PRINCÍPIO 21

APELAÇÕES

Todo paciente ou ex-paciente terá o direito de fazer apelações durante o processo, conforme especificado pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 22

MONITORIZAÇÃO E RECURSOS DA APLICAÇÃO

Os Estados deverão assegurar que mecanismos adequados estejam em vigor para promover a aceitação destes Princípios, a inspeção de estabelecimentos de saúde mental, a apreciação, investigação e resolução de apelações, e para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para casos de má conduta profissional ou violação dos direitos de um paciente.

PRINCÍPIO 23

IMPLEMENTAÇÃO

1. Os Estados devem implementar estes Princípios por meio de medidas legislativas, judiciais, administrativas, educacionais e outras, pertinentes, que deverão ser revistas periodicamente.

2. Os Estados devem tornar estes Princípios amplamente conhecidos, por meios apropriados e dinâmicos.

PRINCÍPIO 24

ALCANCE DOS PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Estes Princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 25

PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

Não haverá restrição ou diminuição de qualquer dos já existentes direitos dos pacientes, incluindo direitos reconhecidos em legislação internacional ou nacional aplicável, sob o pretexto de que estes Princípios não os reconhecem ou que os reconhecem parcialmente.

Coordenação do trabalho de tradução e versão em Português:
Dr.Messias Liguori Padrão
1a.Tradução: Dr. Sylvio Giordano Jr.
2a.Tradução: Dr. Messias Liguori Padrão.
Versão em Português comparada com a versão preliminar de 05/02/91, em Espanhol: Dr. Messias Liguori Padrão.
Revisão Gramatical: Dr.Nelson Bedin
Revisão da terminologia jurídica: Dr.José Damião Lima Trindade
Digitação: Dr.Sylvio Giordano Jr e Edna Miyuki Hirano
Diagramação Final: Edna Miyuki Hirano
Colaboração: F Y T Computer Software
Divulgação e Contatos:
PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.
Av. Brig. Luis Antonio, 4805 Tel.: (011)885-8400 - São Paulo - SP

DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS

Capítulo I
DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

I — homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;

II — ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

III — ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

IV — é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato;

V — é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

VI — é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;

VII — é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva;

VIII — ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei;

IX — é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença;

X — são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

XI — a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial;

XII — é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal;

XIII — é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;

XIV — é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

XV — é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens;

XVI — todos podem reunir-se pacificamente, sem armas, em locais abertos ao público, independentemente de autorização, desde que não frustrem outra reunião anteriormente convocada para o mesmo local, sendo apenas exigido prévio aviso à autoridade competente;

XVII — é plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter paramilitar;

XVIII — a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento;

XIX — as associações só poderão ser compulsoriamente dissolvidas ou ter suas atividades suspensas por decisão judicial, exigindo-se, no primeiro caso, o trânsito em julgado;

XX — ninguém poderá ser compelido a associar-se ou a permanecer associado;

XXI — as entidades associativas, quando expressamente autorizadas, têm legitimidade para representar seus filiados judicial ou extrajudicialmente;

XXII — é garantido o direito de propriedade;

XXIII — a propriedade atenderá a sua função social;

XXIV — a lei estabelecerá o procedimento para desapropriação por necessidade ou utilidade pública, ou por interesse social, mediante justa e prévia indenização em dinheiro, ressalvados os casos previstos nesta Constituição;

XXV — no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano;

XXVI — a pequena propriedade rural, assim definida em lei, desde que trabalhada pela família, não será objeto de penhora para pagamento de débitos decorrentes de sua atividade produtiva, dispondo a lei sobre os meios de financiar o seu desenvolvimento;

XXVII — aos autores pertence o direito exclusivo de utilização, publicação ou reprodução de suas obras, transmissível aos herdeiros pelo tempo que a lei fixar;

XXVIII — são assegurados, nos termos da lei:

a) a proteção às participações individuais em obras coletivas e à reprodução da imagem e voz humanas, inclusive nas atividades desportivas;

b) o direito de fiscalização do aproveitamento econômico das obras que criarem ou de que participarem aos criadores, aos intérpretes e às respectivas representações sindicais e associativas;

XXIX — a lei assegurará aos autores de inventos industriais privilégio temporário para sua utilização, bem como proteção às criações industriais, à propriedade das marcas, aos nomes de empresas e a outros signos distintivos, tendo em vista o interesse social e o desenvolvimento tecnológico e econômico do País;

XXX — é garantido o direito de herança;

XXXI — a sucessão de bens de estrangeiros situados no País será regulada pela lei brasileira em benefício do cônjuge ou dos filhos brasileiros, sempre que não lhes seja mais favorável a lei pessoal do *de cujus*;

XXXII — o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor;

XXXIII — todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;

XXXIV — são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:

a) o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;

b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal;

XXXV — a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;

XXXVI — a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada;

XXXVII — não haverá juízo ou tribunal de exceção;

XXXVIII — é reconhecida à instituição do júri, com a organização que lhe der a lei, assegurados:

a) a plenitude de defesa;

b) o sigilo das votações;

c) a soberania dos veredictos;

d) a competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida;

XXXIX — não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal;

XL — a lei penal não retroagirá, salvo para beneficiar o réu;

XLI — a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;

XLII — a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei;

XLIII — a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem;

XLIV — constitui crime inafiançável e imprescritível a ação de grupos armados, civis ou militares, contra a ordem constitucional e o Estado Democrático;

XLV — nenhuma pena passará da pessoa do condenado, podendo a obrigação de reparar o dano e a decretação do perdimento de bens ser, nos termos da lei, estendidas aos sucessores e contra eles executadas, até o limite do valor do patrimônio transferido;

XLVI — a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes:

a) privação ou restrição da liberdade;

b) perda de bens;

c) multa;

d) prestação social alternativa;

e) suspensão ou interdição de direitos;

XLVII — não haverá penas:

a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;

b) de caráter perpétuo;

c) de trabalhos forçados;

d) de banimento;

e) cruéis;

XLVIII — a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado;

XLIX — é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;

L — às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação;

LI — nenhum brasileiro será extraditado, salvo o naturalizado, em caso de crime comum, praticado antes da naturalização, ou de comprovado envolvimento em tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, na forma da lei;

LII — não será concedida extradição de estrangeiro por crime político ou de opinião;

LIII — ninguém será processado nem sentenciado senão pela autoridade competente;

LIV — ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal;

LV — aos litigantes, em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes;

LVI — são inadmissíveis, no processo, as provas obtidas por meios ilícitos;

LVII — ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória;

ANEXO 5

LVIII — o civilmente identificado não será submetido a identificação criminal, salvo nas hipóteses previstas em lei;

LIX — será admitida ação privada nos crimes de ação pública, se esta não for intentada no prazo legal;

LX — a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem;

LXI — ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei;

LXII — a prisão de qualquer pessoa e o local onde se encontre serão comunicados imediatamente ao juiz competente e à família do preso ou à pessoa por ele indicada;

LXIII — o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado;

LXIV — o preso tem direito à identificação dos responsáveis por sua prisão ou por seu interrogatório policial;

LXV — a prisão ilegal será imediatamente relaxada pela autoridade judiciária;

LXVI — ninguém será levado a prisão ou nela mantido, quando a lei admitir a liberdade provisória, com ou sem fiança;

LXVII — não haverá prisão civil por dívida, salvo a do responsável pelo inadimplemento voluntário e inescusável de obrigação alimentícia e a do depositário infiel;

LXVIII — conceder-se-á *habeas-corpus* sempre que alguem sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;

LXIX — conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por *habeas-corpus* ou *habeas-data*, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público;

LXX — o mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por:

a) partido político com representação no Congresso Nacional;

b) organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;

LXXI — conceder-se-á mandado de injunção sempre que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania;

LXXII — conceder-se-á *habeas-data*:

a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;

b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo;

LXXIII — qualquer cidadão é parte legítima para propor ação popular que vise a anular ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, à moralidade administrativa, ao meio ambiente e ao patrimônio histórico e cultural, ficando o autor, salvo comprovada má-fé, isento de custas judiciais e do ônus da sucumbência;

LXXIV — o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

LXXV — o Estado indenizará o condenado por erro judiciário, assim como o que ficar preso além do tempo fixado na sentença;

LXXVI — são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:

a) o registro civil de nascimento;

b) a certidão de óbito;

LXXVII — são gratuitas as ações de *habeas-corpus* e *habeas-data*, e, na forma da lei, os atos necessários ao exercício da cidadania.

§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

§ 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

ANEXO 6

CAPÍTULO VI

DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE INDIVIDUAL

SECÇÃO I

DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE PESSOAL

Constrangimento ilegal

Art. 146. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:

Pena — detenção, de três meses a um ano, ou multa de mil cruzeiros a dez mil cruzeiros.

* Vide arts. 3.º, a, e 4.º da Lei n.º 4.898, de 9 de dezembro de 1965, e art. 301 da Lei n.º 4.737, de 15 de julho de 1965 (Código Eleitoral).

Aumento de pena

§ 1º As penas aplicam-se cumulativamente e em dobro quando, para a execução do crime, se reunem mais de três pessoas, ou há emprego de armas.

§ 2º Além das penas cominadas, aplicam-se as correspondentes à violência.

§ 3º Não se compreendem na disposição deste artigo:

I — a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

II — a coação exercida para impedir suicídio.

ANEXO 7

DECRETO N. 24.559, DE 3 DE JULHO DE 1934

Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

O Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, usando das atribuições que lhe confere o art. 1.º do Dec. n. 19.398, de 11 de Novembro de 1930, decreta:

Art. 1.º 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. 2.º Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos juízes de órfãos, o juiz de menores, o chefe de Polícia do Distrito Federal, o diretor

geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o psiquiatra diretor do Serviço de Profilaxia Mental, os professores catedráticos das Clínicas Psiquiátrica, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública e 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.

§ 1.º O presidente nato do Conselho é o Ministro da Educação e Saúde Pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas.

§ 2.º Ao Conselho incumbirá:

I — estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Governo as medidas que devam 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 instituições de luta contra os grandes males sociais.

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

§ 1.º Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.

§ 2.º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimentos desse gênero.

§ 3.º 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. 4.º

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

§ 5.º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos[1] e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

Art. 4.º São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem à hospitalização de doentes mentais e as seções especiais, 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) estar 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. 5.º 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 n

Art. 3.º: 1. s/ toxicômano, v., a seguir, Dec lei 891, de 25.11.38, e Lei 6.368, de 21.10.7

ou no estrangeiro, em estabeleci- psiquiátrico, público ou parti- autorizado.

Art. 6.º Quem pretender fundar esta- cimento psiquiátrico deverá requerer Ministro da Educação e Saúde Pú- a necessária autorização, anexando petição os seguintes documentos:

a) provas de que o estabelecimento enche as condições exigidas no pará- único do art. 4.º;

b) declaração do número de doentes poderá comportar;

c) declaração de que o mesmo obser- o regime aberto, ou misto, e rece- somente psicopatas ou também tros doentes, precisando, neste caso, inteira separação dos locais reservados ins e outros.

§ 1.º Deferido o requerimento, se ver merecido parecer favorável da Co- são Inspetora, recolherá o requerente cofres públicos a taxa anual de alização estipulada pelo Governo, de ôrdo com a alínea "b" deste artigo.

§ 2.º Quando a direção de um esta- lecimento psiquiátrico pretender au- entar a lotação dos doentes, subme- á ao Ministro, devidamente informa- pela Comissão Inspetora, e respectiva repartição de Engenharia, a documen- ção comprobatória de que as novas nstruções permitirão o acréscimo re- erido.

§ 3.º Todos os documentos e planos lativos à fundação e ampliação de ualquer estabelecimento psiquiátrico particular deverão ser sempre conserva- os por forma a permitir à Comissão spetora o respectivo exame, quando tender conveniente.

Art. 7.º Os estabelecimentos psiquiá- icos públicos dividir-se-ão, quanto ao egime, em abertos, fechados e mistos.

§ 1.º 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 § 5.º do art. 3.º que necessitarem e requererem hospitalização;

b) os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrarem, necessitarem de internação e não a recusarem de modo formal;

c) os indivíduos suspeitos de doença mental que ameaçarem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização;

d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.

§ 2.º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento misto, acolherá:

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

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

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

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

Art. 9.º 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 o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser

Art. 6.º: 1. "sic"; deve ser "informada".

recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11. A internação de psicopatas toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:[1]

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 4.º 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 razões determinantes da sua solicitação.

§ 1.º 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.

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

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

§ 4.º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica, serão sujeitos a exame 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, o[1] certificado de identidade do internando.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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) for parente consangüíneo ou afim em linha reta ou colateral até o 2.º grau, inclusive, do internando;

d) for sócio comercial ou industrial do internando.

§ 3.º Esses atestados ou guias só terão valor se apresentados dentro de 15 dias, a contar da data em que tiverem sido firmados, não[2] poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente.

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

§ 5.º O certificado de identidade deverá conter nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, cor, profissão,

Art. 11: 1. Dec. 49.974-A, de 21.1.61 — Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei 2.312, de 3 de setembro de 1954, de "Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde" (RT 306/829, Lex 1961/116):

"Art. 77. Somente poderá ser efetivada a internação em estabelecimento nosocomial destinado ao tratamento de doenças mentais, e como tal registrado, o doente que, após a indispensável observação e elucidação do diagnóstico, for reconhecido como doente mental.

"§ 1.º Para atender ao objetivo deste artigo, o Ministério da Saúde estimulará a criação de "centros de elucidação de diagnóstico" como organizações para-hospitalares, de "hospitais de dia", e de serviços de "assistência aberta", públicos ou privados, aos quais poderá dar cooperação técnica e material.

"§ 2.º São passíveis de cassação da licença para funcionamento, pelas autoridades competentes, os estabelecimentos nosocomiais que procederem ao internamento e registro de doentes em desacordo com o disposto no presente artigo".

Art. 12: 1. "sic"; deve ser "e".

Art. 12: 2. "sic"; deve ser "e não".

...do civil, residência, e outros esclare...mentos que também possam servir ... respectiva comprovação.

Art. 13. A admissão de enfermo pro...iente de outro estabelecimento psi...átrico só poderá efetuar-se, se o re...iente apresentar:

I — cópia legalizada dos documentos ...primeira admissão;

II — atestado do estabelecimento don...provier o doente, afirmando que o ...mo continua a necessitar de trata...nto em estabelecimento psiquiátrico e ...claranda qual o seu regime de hospi...lização.

Parágrafo único. Na falta dessa do...mentação comprobatória, deverão ser ...bservadas as exigências estabelecidas ...a primeira internação.

Art. 14. Nos casos urgentes, em que ...tornar necessário, em benefício do ...ciente ou como medida de segurança ...blica, poderá ele ser recolhido, sem ...mora, a estabelecimento psiquiátrico, ...ediante simples atestação médica, em ...ue se declare[1] quais os distúrbios men...is justificativos da internação imediata.

Parágrafo único. O certificado de ...dentidade e o requerimento do repre...entante do doente deverão, porém, ser ...presentados no prazo de 48 horas.

Art. 15. Todo estabelecimento psi...quiátrico deverá inscrever em livro ru...bricado pela Comissão Inspetora o ...nome, filiação, nacionalidade, naturali...dade, idade, cor, profissão, estado civil ...residência do indivíduo admitido, data ...da sua entrada, todos os documentos ...relativos à internação, e nome e resi...dência das pessoas por ele responsáveis.

Art. 16. Uma vez hospitalizado, de...verá o paciente ser imediatamente exa...minado pelo médico de plantão, que ...redigirá uma nota clínica, tão minucio...sa quanto possível, visando o estado ...somático e mental do internado, e fa...zendo, especialmente, ressaltar a natu...reza das suas reações perigosas eviden...tes ou presumíveis.

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

Art. 18. No caso de sua transferência da parte aberta para a fechada[1] do mesmo estabelecimento, será exigida guia do médico de serviço, que contenha as informações fornecidas pelo doente e pela família, os dados resultantes do exame psíquico e somático, bem como os motivos que justifiquem essa mudança de regime.

Art. 19. Ao psicopata, toxicômano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública.

Parágrafo único. Negada a alta, o diretor do estabelecimento enviará um relatório à Comissão Inspetora, expondo as razões da recusa.

Art. 20. Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou misto, qualquer paciente, depois de concedida 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;

Art. 14: 1. "sic"; ao invés de "declare", devia ser "declarem".

Art. 18: 1. Na publicação oficial, está "fachada".

b) por cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maioridade até o 4.° grau inclusive, na falta daqueles;

c) por curador ou tutor.

§ 1.° O requerente deverá responsabilizar-se pelo tratamento e cuidados exigidos pelo estado mental do paciente.

§ 2.° Quando as pessoas acima referidas divergirem relativamente à retirada, será esse fato comunicado à Comissão Inspetora para decidir.

§ 3.° Quando for recusada a retirada, o diretor do estabelecimento comunicará, imediatamente, à Comissão Inspetora os motivos da recusa.

§ 4.° 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.

§ 1.° O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes:

I — promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar;

II — promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábitos;

III — averiguar o estado de cura definitiva, colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais;

IV — precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

§ 2.° Quer a licença requerida, quer a de experiência, dispensarão as formalidades de reentrada, salvo se esta não se realizar findo o respectivo prazo.

§ 3.° 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 da anterior admissão.

Art. 24. O diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou misto, enviará mensalmente à Comissão Inspetora um boletim do movimento de entradas e saídas no mês anterior, devendo também comunicar-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas no mesmo estabelecimento.

Art. 25. O serviço de profilaxia mental destina-se a concorrer para a realização da profilaxia das doenças nervosas e mentais, promovendo o estudo das causas destas doenças no Brasil, e organizando-se como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva.

§ 1.° 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 requererem naturalização, sendo que, neste caso, o exame deverá precisar, especialmente, o estado neuro-mental do requerente.

§ 2.° Os portadores de qualquer doença mental ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados, mediante 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[1] de exercer pessoalmente os atos da vida civil.

Parágrafo único. Supre-se a incapacidade pelo modo instituído na legislação civil[2] 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.

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

§ 2.° 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.

§ 3.° Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretada pela autoridade judiciária competente a respectiva interdição, promovida obrigatoriamente pelo Ministério Público, se dentro de 15 dias não o for pelas pessoas indicadas no art. 447 ns. I e II do Código Civil.[1]

§ 4.° As medidas previstas neste artigo, salvo a de interdição, serão promovidas em segredo de justiça.[2]

Art. 28. Ao administrador provisório, bem como ao curador, poderá o juiz abonar uma remuneração razoável, tendo sempre em vista a natureza e extensão dos encargos e as possibilidades econômicas do psicopata.

§ 1.° 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.

§ 2.° A administração provisória e a curatela cabem às pessoas designadas no art. 454 do Código Civil.

§ 3.° 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.

§ 4.° Da decisão que decretar, ou não, a administração provisória ou a curatela, caberá recurso de agravo de instrumento.[1]

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

Art. 26: 1. v. CC 5.° e 6.°

Art. 26: 2. v. CC 446 a 458; CPC 1.177 a 1.186.

Art. 27: 1. v. CPC 1.177 a 1.186, especialmente 1.185; v. tb. LRP 92-6.°

Art. 27: 2. v. CPC 155.

Art. 28: 1. Da decisão que concede a administração provisória cabe agravo de instrumento (CPC 522) e da sentença que decreta a interdição cabe apelação (CPC 513), embora com efeito apenas devolutivo (CPC 1.184, primeira parte).

exame de sanidade mental,[1] o qual, no último caso, não poderá ser feito por médicos do estabelecimento em que a pessoa se achar.

Art. 31. A correspondência dos internados dirigida a qualquer autoridade não poderá ser violada pelo pessoal do estabelecimento, o qual será obrigado a fazê-lo[1] seguir o seu destino, sem procurar conhecer o 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 órfãos e de um psiquiatra do quadro da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, todos escolhidos pelo Governo, servindo em comissão.

§ 1.° Junto à Comissão Inspetora servirá como secretário um funcionário do Ministério da Educação e Saúde Pública, designado pelo Ministro.

§ 2.° Nos Estados a Comissão Inspetora é constituída do Procurador da República, do juiz federal e de um psiquiatra ou de um médico que se tenha revelado cultor desta especialidade, nomeado pelo Governo do Estado.

§ 3.° Para os estabelecimentos particulares, as infrações dos preceitos deste decreto serão punidas com multa de 200$000 a 2:000$000, imposta pela Comissão Inspetora no Distrito Federal e pela dos Estados, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Código Penal.

§ 4.° No caso de reincidência da direção do estabelecimento particular, poderá ser cassada pelo Ministro da Educação e Saúde Pública a autorização para o seu funcionamento, mediante proposta da Comissão Inspetora.

§ 5.° Na falta de pagamento da multa que deverá ser recolhida ao Tesouro Nacional dentro do prazo de 5 dias, será ela cobrada, executivamente,[1] 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.

Rio de Janeiro, 3 de julho de 1934, 113.° da Independência e 46.° da República — GETÚLIO VARGAS — **Washington Ferreira Pires** — **Francisco Antunes Maciel.**

Art. 30: 1. cf. CPC 1.186.

Art. 31: 1. "sic"; deve ser "fazê-la".

Art. 32: 1. v. CPC 585-VI.

ANEXO 8

DOS PROFESSORES DE PSIQUIAT
AOS SENHORES SENADORES

Os abaixo-assinados, Professores e Ex-professores de Psiquiatria em Faculdades de Medicina oficiais e oficializadas, responsáveis diretos pelo ensino teórico e prático dos cuidados preventivos e curativos da doença mental, alarmados com a aprovação, sem as discussões regulamentares, na Câmara de Deputados, do Projeto de Lei nº 3657/89, de autoria do nobre deputado Paulo Delgado, vêm mui respeitosamente à sua presença, solicitar que o referido Projeto de Lei seja rejeitado pelo Senado porque eie:

1º — fere os princípios fundamentais da ciência psiquiátrica, tanto em seus aspectos clínicos, quanto jurídicos;

2º — transfere, com graves prejuízos para os doentes mentais, as prerrogativas legais de responsabilidade do médico e referentes a cada paciente assim como a competência dos órgãos técnico-profissionais para o domínio genérico de uma lei de cunho meramente político-ideológico.

Atenciosamente,

Este manifesto foi entregue pessoalmente ao Exmo. Sr. Presidente do Senado Federal, Senador Mauro Benevides.

Prof.º Dr. José Roberto Albuquerque Fortes
Prof.º Titular e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Membro correspondente da American Psychiatric Association (A.P.A.)
Membro do Collegium Neuropsychoneurologic internacional (Roma)
Prof.º Dr. Mauricio Levy Júnior
Prof.º Titular de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina
Fellow da Internacional College Of Psycho-somatic-medicine
Membro efetivo da Sociedade internacional de Psicanálise (Londres/São Paulo
Prof.º Dr. Paulo Fraietti
Prof.º Titular de Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Medicina do ABC — Santo André — São Paulo
Prof.º Dr. Antonio Mateos Fontana
Prof.º Titular da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC-SP Sorocaba
Prof.º Dr. Raimundo Reis
Prof.º Titular de Psiquiatria da Faculdade de Ciencias Médicas da Fundação Lusíadas — Santos — São Paulo
Prof.º Dr. João Carvalhal Ribas
Prof.º Emérito de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de São Paulo-USP
Ex-Prof.º Titular de Psiquiatria Clínica da Faculdade de Medicina-USP
Ex-Prof.º Titular de Psiquiatria da Fac. de Medicina de Santos
Livre Docente de Psiquiatria da USP e da Esc. Paulista de Medicina
Prof.º Dr. Carol Bonelareich
Ex-Prof.º Titular de Psiquiatria da Fac. de Med. de Botucatu — UNESP
Diretor do Serv. de Psiq. do Hosp. do Servidor Público de São Paulo
Prof.º Dr. Decio Pinto de Moura
Prof.º de Medicina Legal da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP
Ex-Chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP
Ex-Patologista do Hospital Psiquiátrico de Juquery
Administrador Hospitalar pela USP
Prof.º Dr. Stanislau Ernski
Prof.º Titular de Psiquiatria da Fac. de Ciencias Médicas da Santa Casa de São Paulo
Prof.º Dr. Roberto Pinto de Moura
Prof.º Titular de Introdução à Psicanálise da Faculdade de Ciencias Médicas da PUCAMP — Campinas/SP
Prof.º Titular de Psicologia Dinamica 2 do Inst. de Psicologia da PUC-Campinas/SP

Prof.º Dr. Isso G. Kernicl
Prof.º Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.º Dr. Maurício Knobel
Prof. Titular de Psiquiatria da Fac. de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.º Dr. Odon Ramos Maranhão
Prof.º Titular de Medicina Legal da Fac. de Direito da USP — São Paulo
Prof.º Dr. Severino Lopes da Silva
Prof.º Titular de Psiquiatria da Fac. de Medicina de Natal — Universidade do Rio Grande do Norte
Prof.º Dr. Sérgio Soares Olives Leite
Prof.º Titular de Clínica Psiquiátrica da Universidade Católica de Pelotas — RS
Prof.º Dr. Adolpho Hoirisch
Prof.º Titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRJ
Prof.º Titular da Academia Nacional de Medicina
Prof.º Titular de Clínica Psiquiátrica do Instituto de Pós-Graduação Medica Carlos Chagas.
Prof.º José Luis Fornão Corsio
Prof.º Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Valença
Prof.º Cesar Poggi de Figueiredo Filho
Ex-Prof.º Titular de Psiquiatria da Escola Médica da Universidade Gama Filho
Ex-Prof.º Titular de Medicina Legal no Curso de Ciencias Jurídicas da V.S.V.
Livre-Docente da UNIRIO
Prof.º Eswilmson Prestes Lemos
Prof.º Titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRJ
Ex-Prof.º Adjunto de Psiquiatria da Escola de Medicina Souza Marques

Prof.º Dr. Mário Santos Moreira
Prof.º Adjunto da Universidade do Rio de Janeiro — UNIRIO
Prof.º Titular de Psiquiatria da Escola Médica do Rio de Janeiro — da Universidade Gama Filho
Prof.º Dr. Anastácio F. Morgado
Prof.º Adjunto da Escola Nacional Saúde Publica
Prof.º Titular da Faculdade de Medicina de Nova Iguaçu
Pos-Doutorado por 4 (quatro) anos em Psiquiatria no Hospital de Salpetriere, em Paris — França.
Prof.º Milton Marques Medeiros
Prof.º Titular de Medicina Legal da URRN
Faculdade de Ciências Jurídicas — RN
Prof.º Dr. Antonio Zeppelé
Prof.º Titular de Neuro-Anatomia da Universidade de Brasília Catedrático de Neuro-Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco
Ex-Prof.º Diretor da Faculdade de Medicina de Universidade da California — USA
Prof.º Dr. Geraldo Brasil
Prof.º Titular de Psiquiatria
Ex-Chefe do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Membro Efetivo da Academia de Medicina de Est. de Goiás
Prof.º Dr. Sergio Bourbom Cabral
Ex-Professor Titular da Faculdade de Medicina de Campos (R. Janeiro
Prof.º Dr. Hélio Lucio
Prof.º da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/SP
Prof.º Dr. Valentin Gentil
Prof.º Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Prof.º Dr. Jorge W.F. Amaro
Prof.º Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Prof.º Dra. Eneida E. Haterazzo
Prof.º Associada da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Prof.º Dr. Zacaria E.A. Bernadim
Prof.º Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Prof.º Dr. Nairo de Souza Vargas
Prof.º Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Prof.º José Américo dos Santos
Prof.º de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC — Santo André/SP
Prof.º Dr. Antonio Salvador
Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC São Paulo/Sorocaba
Prof.º Dr.ª Maria Cristina Pitta Salem Fontana
Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC — São Paulo — Sorocaba
Prof.º Dr. Jair Salim
Auxiliar de Ensino da Faculdade de Ensino de Sorocaba — PUC — São Paulo — Sorocaba
Prof.º Dr. Paulo Fernando Duarte Inneco
Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC — São Paulo — Sorocaba
Prof.º Dr. Dirceu Doretto
Ex-Assistente da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC — São Paulo — Sorocaba
Prof.º Dr. Dario Doretto
Ex-Assistente de Psiquiatria da CCMB — PUC — São Paulo

Prof.º Dr. Raty Feliaberto Carneiro
Ex-Assistente e Regente da Disciplina de Psicopatologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba — PUC — São Paulo/Sorocaba
Dr. Milton Babieg
Ex-Professor Adjunto, Regente de Psicologia Medica da Faculdade de Ciencias Medicas da Fundação Lusíadas — Santos — São Paulo
Prof.º Dr. Luis J.A. Fiore
Ex-Prof.º de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí — São Paulo
Prof.º Dr. Ladicino Giannini
Prof.º Assistente do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina
Prof.º Dra. Latife Yazigi
Prof.º Adjunta Nível 4, do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina
Prof.º Dra. Márcia Moraes
Psiquiatra do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina
Psicóloga Norma Botemberg Bomer
Departamento de Psiquiatria e Psicologia Medica da Escola Paulista de Medicina.
Psicóloga Regina Nascimento
Departamento de Psiquiatria e Psicologia Medica da Escola Paulista de Medicina.
Psicóloga Inês Bueno
Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina
Prof.º Dr. William Bassitt
Ex. Prof.º de Psicopatologia da Faculdade de Medicinca da PUC — São Paulo Cursos de Pós-Graduação e graduação
Prof.º Dr. Evandro Gomes de Matos
Prof.º Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.ª Dra. Maria José F. Moreira
Prof.º Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.º Dr.º Maria A. Alves Cabral
Prof.º de Psiquiatria Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMPO — Campinas/SP
Prof.ª Dr.ª Ligia Bauldman
Prof.ª M. Si de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.º Dr. Everardo M. Bacampagna
Prof.º Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.º Dr.º Lídia Birema
Prof.º Assistente de Psiquiatria MS4 da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.º Dr. Joel B. Giglio
Prof.º de Psiquiatria MS4 da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.º Dr. Jair Franklin Oliveira Júnior
Prof.º Assistente de Psiquiatria de Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.º Dr. Roosevelt M.S.Cunvila
Prof.º Livre-Docente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP — Campinas/SP
Prof.º Dr. Fábio Leite Gastal
Prof.º Auxiliar de Psiquiatria da Universidade Católica de Pelotas
Prof.º Auxiliar de Psicologia Médica de Univ. Católica de Pelotas
Prof. Dr. Heber Soares Vargas
Prof.º Adjunto de Psiquiatria da Universidade Estadual de Londrina
Prof.º de Psicologia Medica da Pos-graduação da Universidade Estadual de Londrina
Prof.º Dr.º Délia Graziela Gomes
Prof.º Auxiliar de Clínica Psiquiátrica da Universidade Católica de Pelotas
Prof.º Dr. Gevaldo Luiz Saide
Prof.º Adjunto e Livre-Docente de Psiquiatria e Psicopatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro — Faculdade de Ciências Médicas
Prof.º Dr. Pedro Monteiro Bastos Filho
Prof.º Adjunto da Universidade Federal Fluminense
Responsável pelo ensino de Psicopatologia no Curso de Medicina
Prof.º Dr. José Caruso Madalena
Ex-Prof.º na Faculdade de Medicina de Nova Iguaçú
Prof.º Dr. José Roberto Muniz
Prof.º Auxiliar de Ensino na Faculdade de Ciências Médicas da UERJ — Serviço de Psiquiatria.
Prof.º Dr. Leão Caberaite
Didata do Instituto de Ensino da Psicanálise da S.P.R.J.
Prof.º Dr. Cláudio Taveres Cais de Oliveira
Prof.º Assistente da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Fundação Técnica Educacional Souza Marques (Rio de Janeiro)
Prof.º Dr. João Paulo Santos Gomes
Prof.º Assistente da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Faculdade de Medicina da Fundação Técnica Educacional Souza Marques.
Prof.º Dr. Pedro Jorge Dagger
Prof.º Adjunto da Cadeira de Psiquiatria e de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro
Prof.º Dr. Talvane Marins de Moraes
Prof.º Adjunto e Livre Docente de Psiquiatria da Escola de Medicina Legal do Curso de Pos-Graduação em Advocacia Criminal da PUC-RJ
Prof.º Dr. Claudio de Pádua Medeiros
Prof.º Adjunto de Psiquiatria da UERJ.
Prof.º Livre-Docente de Psiquiatria da Universidade Federal do Maranhão
Prof.º Dr. Paulo Roberto Chaves Pavão
Livre-Docente em Psiquiatria da UERJ
Prof.º da Cadeira de Psiquiatria e Psicologia Médica do UUPE-FCM-UERJ
Prof.º Dr. José Luiz Campinho Pereira
Docente Livre de Psiquiatria da UFRJ
Prof.º Titular da Faculdade de Medicina de Vassouras
Prof.º Dr. Márcio Costa Leite de Oliveira
Docente de Psiquiatria do Curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO)
Prof.º Dr. Samyr Helou
Membro Titular da Academia Goiana de Medicina
Ex-Professor de Medicina da U.F.GO
Doutorado na Universidade de Paris/França
Prof.º Dr. João Alberto de Oliveira Campos
Prof.º Adjunto e Chefe do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal em Goiânia.
Prof.º Abrão Marcos da Silva
Especialista em Psiquiatria.
Prof.º de Psiquiatria e Psicologia Médica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
Prof.º Dr. José Reinaldo do Amaral
Prof.º de Psicologia Médica e Psiquiatria Clínica da F.M.GO
Prof.º Dr. José Martins Arruda
Prof.º Assistente do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal em Goiânia
Prof.º Dr. Ise Jorge Teixeira
Prof.º Adjunto de Psiquiatria e Psicopatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro — Faculdade de Ciências Médicas

N=79

Psiquiatras e demais profissionais de saúde mental (*1) repud[...] to de lei nº 3657, já aprovado pela Câmara dos Deputados, que [...] toda a assistência aos doentes mentais do País.

ANEXO 9

AOS EXCELENTÍSSIMOS SENADORES DA REPÚBLICA

Os abaixo-assinados tomam a liberdade de alertar os nobres Senadores sobre a gravidade do problema de que trata o projeto proveniente da Câmara cuja aprovação liquida 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 a própria sorte sem o amparo que o poder público tem o dever de oferecer-lhes.

Há, como justificativas do referido projeto, aberrações, tais como:

1 — Que o ato médico do psiquiatra decorre de seu "poder de sequestro" (A palavra sequestro foi empregada com esse fim 3 vezes na "Justificação" e 1 vez no próprio texto do Congresso Nacional);

2 — Que o hospital psiquiátrico seja violento, desumano e "gerador de doença", formando-se um "parque nacional" de "estruturas de coerção";

3 — Que no Brasil há uma "irrefreável e poderosa rede de manicômios privados", a qual impede a rede pública de modernizar-se...; e

4 — Que é urgente extinguir a rede disponível, sugerindo sua substituição pela "experiência italiana", instaurada pela "Lei Basaglia"...

Algumas considerações são por nós julgadas pertinentes:

— O ato psiquiátrico não se distingue dos demais procedimentos médicos e seus objetivos são também comuns: diagnóstico, tratamento e reinserção social de pacientes sempre que possível.

— É evidente no projeto a intenção de iludir o legislador induzindo-o a acreditar que os Hospitais Psiquiátricos e os Manicômios são única e mesma coisa. Tenta passar a idéia de que todas as internações são compulsórias e implicam em confinamento.

Ao contrário, os Hospitais Psiquiátricos Brasileiros tanto públicos quanto privados são instituições abertas.

O Manicômio é, no entanto, instituição diretamente ligada a Justiça e obediente aos seus preceitos. Aí sim, se dá a internação compulsória ditada pela Autoridade Judiciária nos casos de pacientes-delinquentes que ficam, assim, ao abrigo do sistema carcerário comum, e recebem assistência psiquiátrica contínua.

— A qualidade do Hospital Psiquiátrico Brasileiro deixa a desejar e é tarefa do poder público criar condições de melhor assistência hospitalar, que de nenhuma forma pode ser descartada. Para tanto é necessário uma reforma da legislação vigente e o fiel cumprimento de suas determinações.

— A criação de modelos alternativos, se resume no País, na existência de Hospitais Dia e Hospitais Noite, que mesmo inaugurados, jamais funcionaram e na criação de rede ambulatorial (que ora inexiste) descentralizada e regionalizada que aproxime o paciente dos recursos que lhes são oferecidos, única maneira de dar continuidade ao tratamento e provocar redução do escandaloso índice de reinternações que alimenta os Hospitais Públicos e Privados.

— A existência de modelos alternativos precede a desativação dos leitos, já que o procedimento contrário significa condenar os doentes mentais a indigência que reforçará a mendicância e aumentará a população carcerária, tal como ocorreu na Itália do dr. Basaglia.

Cabe acrescentar que o Brasil, segundo a última aferição comparativa com outros países, oferece 0.5 leitos psiquiátricos por mil habitantes, contra 3.7 nos EUA, 4.4 no Reino Unido, 0.9 na Argentina (OMS — publicação: 23/76). O parâmetro recomendado pela OMS é de um leito/mil habitantes, o dobro da oferta brasileira.

— No que diz respeito a participação da Autoridade do Judiciário no processo de Assistência Psiquiátrica, ela é pertinente, quando solicitada pela família, pelo psiquiatra ou pelo próprio paciente.

Pelas aludidas razões, pedimos a rejeição do referido projeto e sua substituição por outro que efetivamente reformule a assistência psiquiátrica e proteja o doente mental, provendo-o em todas suas necessidades. *

MÉDICOS PSIQUIATRAS

A
00001 Abrão Ramos da Silva
00002 Acrísio Martins Filho
00003 Adalberto Rodrigues da Silva
00004 Adalgisa Lima de Abreu
00005 Aécio Parra Valença
00006 Agamenon de Queiroz Caldas
00007 Agenor Pires de Lima
00008 Agostinho Sérgio Fara Leite
00009 Ailton Cabral Fraga
00010 Alberto Alban de Almeida Neto
00011 Alceu José Soares
00012 Aldemar Pereira da Silva
00013 Alexandra Barbosa da Silva
00014 Alessandra Calabria
00015 Alexandre Elli Filho
00016 Alexandre Martins Valença
00017 Alfredo Augusto R. Toscano Junior
00018 Alfredo H. Terra de Souza
00019 Alfredo Luiz e Silva da Silva
00020 Alice Landi
00021 Aloisio Lopes Frial
00022 Altino Bessa Marques Filho
00023 Aluisio Martins Pinto
00024 Álvaro Roque de Santana
00025 Amilcar Rosado Soto
00026 Ana Catarina Pereira da Silva
00027 Ana Cristina Lemos
00028 Ana Lúcia de O. Serphas
00029 Ana Maria de M. Coutinho
00030 Analice Fagundes Dias Fonseca
00031 André Pereira
00032 Andréa Dedalde Raimo Morelli
00033 Ângela Barros
00034 Ângela Tavares Bezerra
00035 Anna Maria de Oliveira
00036 Antero Machado de Mello Neto
00037 Antonio Alberto T. Serra
00038 Antonio Carlos Guerra
00039 Antonio Carlos Jurema
00040 Antonio Carlos T. de Oliveira

00130 Emmanuel Rodrigues de Mello Filho
00131 Erika M. W. Almeida
00132 Ethel M. Ferreira Pinto
00133 Eurípedes P.
00134 Eva Aliaceme
00135 Evandro Pereira Soares
F
00136 Fábio Delbosco Guimarães
00137 Fábio Henrique Malzone
00138 Fábio Miguel Ribeiro
00139 Fábio Roberto Bevilaqua Penna
00140 Fanny Kaori Ueno
00141 Fehrsaldo Abdon Araujo Lima
00142 Fernando Antonio Silva
00143 Fernando Antonio S. Filizola
00144 Fernando Flajot
00145 Flavio Marino Fernandes
00146 Flavio Pires
00147 Francisco Alves da Silva
00148 Francisco Antonio
00149 Francisco Antonio Maria de Paoli
00150 Francisco de A. do C. Andrião
00151 Francisco de Assis Araujo
00152 Francisco E. Deon
00153 Francisco Telles de Menezes Neto
00154 Francisco Xavier P. S. Neto
G
00155 Genário Freire de Medeiros
00156 Gentral Duarte dos Santos
00157 Geraldo Barreto Santos
00158 Geraldo Walter Helbouth Junior
00159 Gerson Ballester
00160 Gérson Dennys Robledo
00161 Gilvandro Macedo Lira
00162 Giordano Estevão
00163 Giovanni Bandeira de Moraes
00164 Gisela Taffari
00165 Gerson Nascimento Queiroz
00166 Gláuro Corrêa de Araujo
00167 Guaraci da Costa Barbosa
00168 Gustavo Adolfo Kallas

00259 José T. Teliceldo
00260 José Vieira de Lima
00261 José Wilson H. Nascimento
L
00262 Juvenar Rego
00263 Ladislau Gaussar
00264 Lastie Yanif
00265 Laura Maria C. Solano
00266 Ledi S. B. Garcia
00267 Leone Vale Soares
00268 Lenio Lara
00269 Leonardo J. Toscano
00270 Libero Félix de Souza
00271 Liciel José Gorito de Almeida
00272 Ligia Moraes Mello
00273 Ligia Moraes Mello
00274 Lindamar de Parra Braga
00275 Lino Rivas Cerviño Neto
00276 Lourdes E. de Borba Telles
00277 Luiz Waldemar S. Mauler
00278 Lucas Leonardo L. de Oliveira
00279 Luciane Bastos Lobo
00280 Luciane Souza
00281 Lúcio dos Santos Scaramuzzi
00282 Luis Carlos S. Medina
00283 Luis A. P. Vieira
00284 Luis Antonio Moura
00285 Luis Antonio Saint Pasteur Godoy
00286 Luis Carlos Alves
00287 Luis Carlos B. Pinto
00288 Luis Carlos de Oliveira
00289 Luis Carlos Lira Lima
00290 Luis Carlos Rodrigues
00291 Luis Fernando C. Gonçalves
00292 Luis Germano R. Machado
00293 Luis Patrocínio C. Filho
00294 Luis Sérgio de Lima Gomes
00295 Luiz Carlos B. de Souza
00296 Luiz Carlos Pereira Albuquerque
00297 Luiz E. Bustamante
00298 Luiz Orlando F. de Carvalho

00388 Paulo E. G. Pizarro
00389 Paulo Fernandes
00390 Paulo Mascar
00391 Paulo Márcio Pires
00392 Paulo Mauriver Pinto
00393 Paulo Roberto Pinto Ferreira
00394 Paulo Roberto Rodrigues Lopes
00395 Paulo Sandoval
00396 Paulo Soares Corrêa
00397 Paulo Zamperini
00398 Pedro Chacon de Assis
00399 Pedro Daniel Katz
00400 Pedro Ernesto de Almeida e Silva
00401 Pedro Monteiro Bastos Filho
00402 Persio R. C. Reis
00403 Priscila Cavalcanti Fernandes
00404 Priscila Maria C. M. Souza Costa
R
00405 Raimundo M. de Oliveira
00406 Raimundo Teixeira Maciel
00407 Ramiro Lopes Pereira
00408 Raul Carneiro Gomes Filho
00409 Regina Prestes Lemos
00410 Regina Nascimento
00411 Reinaldo Silva
00412 Renato Marzi
00413 Ricardo Cardoso Pinheiro
00414 Ricardo de Carvalho Ribeiro
00415 Ricardo M. Prado Lima
00416 Ricardo Maciel Pradolino
00417 Ricardo Meirelles Abdo
00418 Ricardo Mendes Pereira
00419 Rubens Haua
00420 Rui Mota Barbosa
00421 Roberto de Jesus Aiello
00422 Roberto Alves Cardoso
00423 Roberto Alves Pereira
00424 Roberto Dias Costa
00425 Roberto Lucio Vieira de Souza
00426 Roberto Machado
00427 Roberto Tenório F. Dos Santos

MÉDICOS PSIQUIATRAS

A
00001 Abrão Nunes da Silva
00002 Acrelino Martins Filho
00003 Adalberto Rodrigues da Silva
00004 Adalgisa Lima de Abreu
00005 Aécio Paiva Valença
00006 Agamenon de Queirós Caldas
00007 Agenor Pires de Lima
00008 Agostinho Sérgio Fara Leite
00009 Aílton Cabral Fraga
00010 Alberto Albino de Almeida Neto
00011 Alceu José Soares
00012 Alcemar Pereira da Silva
00013 Alessandra Barbosa da Silva
00014 Alessandra Calabria
00015 Alexandre Elk Filho
00016 Alexandre Martins Valença
00017 Alfredo Augusto R. Toscano Júnior
00018 Alfredo H. Terra de Souza
00019 Alfredo Luiz e Silva da Silva
00020 Alma Landi
00021 Aloísio Lopes Fruet
00022 Altino Bessa Marques Filho
00023 Aluísio Martins Pinto
00024 Álvaro Roque de Santana
00025 Amílcar Rosadio Soto
00026 Ana Catarina Pereira da Silva
00027 Ana Cristina Lemos
00028 Ana Lúcia de O. Serpa
00029 Ana Maria de M. Coutinho
00030 Anahy Fagundes Dias Fonseca
00031 André Pereira
00032 Andréa Dedalide Ratto Morelli
00033 Angela Barros
00034 Angela Tavares Bezerra
00035 Anita Maria de Oliveira
00036 Antero Machado de Mello Neto
00037 Antonio Alberto T. Serra
00038 Antonio Carlos Guerra
00039 Antônio Calvo Jurema
00040 Antonio Carlos T. de Oliveira
00041 Antônio Eduardo M. de Jesus
00042 Antônio José Fernandes Ivo Lemos
00043 Antonio Miranda Chaves Pedreira
00044 Antonio O. de Aquino
00045 Antônio Paulo de Barros
00046 Antonio T. Bonalume
00047 Antonio Teixeira Lobo Júnior
00048 Antonio Yucabian
00049 Ariberto Francisco Rocha
00050 Armando de Aguiar Matos
00051 Aron Levy
00052 Arivalter da Rocha O. Júnior
00053 Augusto Fonseca da Costa
00054 Aylton Moreira da Silva Júnior
B
00055 Benedetti Nalli Saba
00056 Benedito da Silva Neto
00057 Benedito Gonçalves de Souza
00058 Benjamin de Brito Barbar
00059 Bernadete Lucci Vercellano
00060 Bolívar Freire de Aquino
00061 Bonifácio N. Meneses
00062 Breno Linhares
C
00063 Carlos Alberto A. Cruz
00064 Carlos Alberto Gonçalves de Freitas
00065 Carlos Antonio Batista Calmon
00066 Carlos Augusto Barros
00067 Carlos Augusto Scamparini
00068 Carlos Barreto Carvalho
00069 Carlos Brandão Messemberg
00070 Carlos E. B. Carellas
00071 Carlos Eduardo Leal Vidal
00072 Carlos F. Schames
00073 Carlos Gomes Filter
00074 Carlos Henrique da Costa
00075 Carlos Roberto Antunes C. Barros
00076 Carlos Roberto Peres
00077 Carol Alves Borges
00078 Cauby Araújo
00079 Célia Regina de Souza
00080 Celso Luiz Cattaeno
00081 César Ribeiro Fernandes
00082 Chiles Buss Júnior
00083 Cícero P. C. Monteiro
00084 Cíntia Marrondes Fernandes
00085 Ciro Bolívar A. Moreira
00086 Claudemir Bonfi
00087 Claudio Almeida Schmidt
00088 Clenvaldo Fazeli
00089 Clemon Touré
00090 Cleide R. Pereira
00091 Clésson Francisco Malta
00092 Cudemir Freitas Santos
00093 Cory José dos Santos
D
00094 Dalbe Gattaz
00095 Dalva Castanheira Bastar
00096 Dalva Carrochini
00097 Darci Dou
00098 Dario Fernandes C. Nadr
00099 Dario Dureto
00100 Dario Durães Ferreira Penna
00101 Dario H. Garcia
00102 David Kanaçhos
00103 Decio Gaio
00104 Denise Sopper
00105 Dorakis Vidigal
00106 Domingas G. V. Marmila
00107 Doris Teresinha Tarrulli
00108 Durreo Glória Camargo de Santana
E
00109 Edeseo Guimarães Guerra
00110 Edesio Lira
00111 Edgard Júlio de Oliveira
00112 Edmur M. Freitas
00113 Édson Alves de Barros
00114 Édson Costa da Silva
00115 Édson de Araújo Silva
00116 Eduardo Alves Coelho
00117 Eduardo Brandão Guimarães
00118 Eduardo Cunha
00119 Eduardo Kiyomi Hisatsugi
00120 Eduardo Noregashi
00121 Eduardo Pinheiro Moura
00122 Eduardo Pinto de Mendonça
00123 Eduardo Quadros Spinola
00124 Eduardo Rodrigues de Mello Filho
00125 Eduardo Silva Santos
00126 Eliana Carrasolo
00127 Eliane Damos Pereira
00128 Elizabeth Vieira F. da Cunha
00129 Eliso Barbosa
00130 Emmanuel Rodrigues de Mello Filho
00131 Erlio M. W. Almeida
00132 Ethel M. Pereira Penna
00133 Eurípedes P.
00134 Eva Attademo
00135 Evandro Pereira Soares
F
00136 Fábio Delbous Guimarães
00137 Fábio Henrique Mazzone
00138 Fábio Miguel Ribeiro
00139 Fábio Roberto Bevilaqua Penna
00140 Fanny Kaori Ueno
00141 Feliciano Abdon Araújo Lima
00142 Fernando Antonio Silva
00143 Fernando Antônio S. Filizola
00144 Fernando Pitipol
00145 Flávio Márcio Fernandes
00146 Flávio Pires
00147 Francisco Alves da Silva
00148 Francisco Antônio
00149 Francisco Antônio Maria de Paoli
00150 Francisco de A. do C. Andrião
00151 Francisco de Assis Araújo
00152 Francisco E. Laore
00153 Francisco Teles de Meneses Neto
00154 Francisco Xavier P. S Neto
G
00155 Genário Freire de Medeiros
00156 Genival Duarte dos Santos
00157 Geraldo Barreto Santos
00158 Geraldo Walter Hellbuth Júnior
00159 Gerson Ballester
00160 Gerson Dennys Rohloff
00161 Gilvandro Macena Lira
00162 Giordano Estevão
00163 Giovani Bandeira de Moraes
00164 Gisela Tafner
00165 Givaldo Nascimento Queiroz
00166 Glauco Correa de Araújo
00167 Guaraci da Costa Barbosa
00168 Gustavo Adolfo Matos
H
00169 Harry Meregio Júnior
00170 Hebert de Mattos Oliveira Filho
00171 Helena Iwasaka Toscano
00172 Heliel Soeiali Garnier
00173 Hélio Gelio Filho
00174 Hélio Issão Sato
00175 Hélio Rotemberg
00176 Hélio S. Amâncio de Camargo
00177 Hélvio Carpim Correa
00178 Henrique Valente
00179 Henver Ribeiro de Paiva
00180 Herculano Otoni Viviani Campos
00181 Heroio Arentes
00182 Hugo de Paiva Teixeira Júnior
00183 Humberto C. França Júnior
00184 Humberto V. Freitas
I
00185 Idália Maria Camelier de A. Cardoso
00186 Iza Borges Pereira
00187 Inês Zulema Sucar
00188 Iracema T. C. de Albuquerque
00189 Irany Teles
00190 Isidoro Lourenço Silva
00191 Ismael Gripp
00192 Ismênia A. Albuquerque
00193 Ivete B. Martins
00194 Ivan Neves
00195 Ivan Ramos de Oliveira
00196 Ivan Vitória Junqueira
J
00197 J. Bastos da Costa
00198 J. Peixoto de Oliveira
00199 Jacintho Godoy Filho
00200 Jacintho Spint Pastouri Godoy
00201 Jalber R. de Paula
00202 Jaime Bezerra Santana
00203 Jaime Vaz Brasil
00204 Jairo Dias
00205 Janduires José de Figueredo
00206 Jane Marie Brocalossi
00207 Jayme Cesar Arazi Cohen
00208 Jayme Tadeu dos Santos
00209 Jefferson M. Fernandes
00210 Jeovah C. de Souza
00211 Joaryt Sales Barros
00212 João Alberto O. de Campos
00213 João Bosco Gonçalves Machado
00214 João Carlos Belo da Fonte
00215 João Eli de Oliveira
00216 João Francisco C. Neto
00217 João Grau Engrapão
00218 João Zechinh Hause
00219 Joaquim Camelo Sena Neto
00220 Joaquim José de Souza Costa Neto
00221 Joaquim Pereira de Albuquerque
00222 Joari Cristovel Ferreira
00223 Joel Borba Filho
00224 Jolison Fernandes de Andrade
00225 Jorge José Silva de Andrade
00226 José Carlos de Abreu Lima
00227 José Alberto N. de Souza Santos
00228 José André K. Martins
00229 José Areal
00230 José Artur Rochsato
00231 José Augusto Gervasi
00232 José Bernardino Carneiro
00233 José Carlos Barbosa Filho
00234 José Carlos Nastiere
00235 José Carlos Salzani
00236 José Cássio Dutra Vaz
00237 José Cássio S. Silveira
00238 José de Freitas
00239 José de Melo Ferreira
00240 José de Oliveira Amaral
00241 José Eduardo do Amaral
00242 José Eduardo Miguel de Oliveira
00243 José Flávio Bergamo
00244 José Hélio Cabral Freire
00245 José Joaquim de Medeiros Rocha
00246 José Luiz Condotta
00247 José Luiz Pacheco
00248 José Marcelo F. de Golo
00249 José Marcelo Monteiro
00250 José Marcondes F. de S. Serrano
00251 José Marques Costa Filho
00252 José Martins Arruda
00253 José Mial Júnior
00254 José Muniz Júnior
00255 José O Dah
00256 José Ricardo de Abreu
00257 José Roberto P. Mendonça
00258 José Silva Neme
00259 José T. Taliedado
00260 José Vieira de Lima
00261 José Wilson H. Nascimento
L
00262 Jucimar Rego
00263 Ladislau Gouveia
00264 Lattie Yang
00265 Laura Maria C. Solano
00266 Leda S. B. Garcia
00267 Lenine Vale Soares
00268 Lenio Lara
00269 Leonardo J. Toiendal
00270 Líbero Félix de Souza
00271 Lisol José Gueto de Almeida
00272 Lígia Moraes Mello
00273 Lígia Moraes Mello
00274 Lindamar de Paiva Braga
00275 Lino Rivas Cervino Neto
00276 Loeux E. de Borba Teles
00277 Luiz Walloernyte S. Mauler
00278 Lucas Leonardo L. de Oliveira
00279 Luciane Bastos Lobo
00280 Luciano Souza
00281 Lúcio dos Santos Scaramuzzi
00282 Luís Carlos S. Medina
00283 Luís A. P. Vieira
00284 Luís Antônio Moura
00285 Luís Antônio Saint Pastour Godoy
00286 Luís Carlos Alves
00287 Luís Carlos B. Pires
00288 Luís Carlos de Oliveira
00289 Luís Carlos Lira Lins
00290 Luís Carlos Rodrigues
00291 Luís Fernando C. Gonçalves
00292 Luís Germano R. Machado
00293 Luís Patriota C. Filho
00294 Luís Sérgio de Lima Gomes
00295 Luiz Carlos B. de Osuna
00296 Luiz Carlos Pereira Albuquerque
00297 Luiz E. Bassanese
00298 Luiz Orlando P. de Carvalho
M
00299 M. C. Galvão
00300 Manoel Antônio Albuquerque
00301 Manoel Otávio Monnezzi
00302 Manoel Sulano Filho
00303 Manoel Teodomiro de Moraes
00304 Mara Cristina Moreira de Andrade
00305 Marcelo Dos G. O. Junqueira
00306 Marcelo Feijó de Melo
00307 Márcia A. Menon
00308 Márcia Eliane Couto Colenio
00309 Márcia Jacobs Castanheira
00310 Márcia Maria de Oliveira
00311 Marcílio Paulo de Antunes
00312 Márcio Carrijo Ferreira
00313 Márcio Costa Leite de Oliveira
00314 Márcio da Silva Moutinho
00315 Marco Antonio de Azevedo
00316 Marco Aurélio Van Erven
00317 Marco C. de Souza Leão
00318 Marco de M. Ribeiro
00319 Marco de Mello Curi
00320 Marco Vinicius Fonte de Souza
00321 Marcos Amaral Silveira
00322 Marcos Cauda
00323 Marcos Túlio Caldas
00324 Margarida Maria Carneiro de Barros
00325 Maria Cristina Grilli
00326 Maria Antonieta Leme
00327 Maria Aparecida Braga
00328 Maria Aparecida Leão Ramos
00329 Maria Conceição do Rosário
00330 Maria Cristina Dafine
00331 Maria Cristina do N. Valle
00332 Maria da Conceição Brabosa de Melo
00333 Maria da Graça M. Santos
00334 Maria de Fátima Canelas Rubim
00335 Maria de Lourdes S. Lima
00336 Maria Francisca Sobrinho
00337 Maria Helena H. K. Khan
00338 Maria Lúcia Lima
00339 Maria Nunes de Souza
00340 Maria Regina R. Torres
00341 Maria Teresa Velloso Spinola
00342 Maria Valéria Lisboa Abreu Lima
00343 Marilu da Silva Stock
00344 Marliuel Cardoso F. dos Santos
00345 Marinalva Pantoja Nunes
00346 Marialton Rafael Alves
00347 Marlene de Carvalho Meira
00348 Maurício Candoteto Guimarães
00349 Maurício Frota
00350 Maurício Grubler
00351 Maurício Miguel Calixdon
00352 Mauro Breschi
00353 Merrie Ronald
00354 Merval Duarte de Sá
00355 Messias Carneiro de Moraes
00356 Miguel Angelo da Cunha Castro
00357 Milton Marques de Medeiros
00358 Moisés Vieira Filho
00359 Morikazu Yokoyama
00360 Mossal Mizuaki
N
00361 Neide de Farias
00362 Neide Fernandes
00363 Nelson de Souza e Silva
00364 Neiva Maria Rosário
00365 Nelson Goulart
00366 Nilton de Souza Barros
00367 Nilo Jacob A. Moreira
00368 Norio Otsubo
00369 Norma Lotemberg Semer
O
00370 Olene Maria de Queirós Rosas
00371 Olinda Luiza L. A. L. Buss
00372 Omir de Jesus V. Filho
00373 Orlando Bezerra Monteiro
00374 Orlando César Marota
00375 Orlando Iridamar
00376 Osvaldo Loureiro Filho
00377 Osvaldo Luiz Saide
00378 Osvaldo Rodrigues Neves
00379 Oswaldo Ferreira Lobo
00380 Oswaldo Machado Filho
00381 Otávio Furtado
00382 Otávio Pimentel César
P
00383 Paulo Aparate Vasques
00384 Paulo Cadete
00385 Paulo Célio Monteiro
00386 Paulo de Tarso Ramaccioti
00387 Paulo de Tarso Ubinha
00388 Paulo E. G. Pessoa
00389 Paulo Fernandes
00390 Paulo Mancini
00391 Paulo Márcio Pires
00392 Paulo Maurimar Pinto
00393 Paulo Roberto Pinto Ferreira
00394 Paulo Roberto Rodrigues Lopes
00395 Paulo Sandoval
00396 Paulo Soares Conde
00397 Paulo Zampieri
00398 Pedro Chacrodi de Assis
00399 Pedro Daniel Lutz
00400 Pedro Ernesto de Almeida e Silva
00401 Pedro Monteiro Bastos Filho
00402 Persio R. G. Reis
00403 Priscila Cavaliari Fernandes
00404 Priscila Maria G. M. Souza Costa
R
00405 Raimundo M. de Oliveira
00406 Raimundo Teixeira Maciel
00407 Ramiro Lopes Pereira
00408 Raul Carneiro Gomes Filho
00409 Rawlinson Prestes Lemos
00410 Regina Nascimento
00411 Reinaldo Silva
00412 Renato Marzi
00413 Ricardo Cardoso Pinheiro
00414 Ricardo de Carvalho Ribeiro
00415 Ricardo M. Prado Lima
00416 Ricardo Maciel Pradolima
00417 Ricardo Meinem Abos
00418 Ricardo Mendes Pereira
00419 Rimon Haub
00420 Rita Motta Barbosa
00421 Roberto de Jesus Alecir
00422 Roberto Alves Cardoso
00423 Roberto Alves Pereira
00424 Roberto Dinis Costa
00425 Roberto Lucio Vieira de Souza
00426 Roberto Machado
00427 Roberto Toniero P. Dos Santos
00428 Roberto Wilian Borges
00429 Roger Gilberto Bolano Reyes
00430 Ronaldo Campos Leão Castello
00431 Ronaldo Laux
00432 Ronaldo Kobayashi
00433 Ronaldo Xavier de Oliveira
00434 Ronaldo Iturbide Puraji
00435 Rosane C. da Silva
00436 Rosane M. Prem da Vitória
00437 Rosane Silveira
00438 Rosangela Dias
00439 Rubens Carlos Fegutti
00440 Rubens Luiz Cardoso Valle
00441 Rubens Rossi
00442 Ruy de Almeida Bonetti
S
00443 Salomão Rodrigues Filho
00444 Samir Azrak
00445 Samyn Heinc
00446 Sandoval Filho
00447 Sauder Cunha
00448 Senard Kurtima
00449 Sérgio E. Kalc
00450 Sérgio Suzuki
00451 Sérgio A. Moreira Souza
00452 Sérgio Alves de Lima
00453 Sérgio Bourbon Cabral
00454 Sérgio de Freitas
00455 Sérgio Lopes Del Monaco
00456 Sérgio Luiz de Arruda Reis
00457 Sérgio Nascif Coura
00458 Sérgio Ouaga
00459 Sérgio Ricardo Hototuma
00460 Sérgio Von Krulimer Hubner
00461 Severino Gomes Calvete
00462 Shizuko Koga
00463 Sidnei Santos
00464 Silvana Turrado Motta Sunourelle
00465 Silvia Monteiro de Oliveira
00466 Silvia Regina G. Fenerich
00467 Silvio Celso Ferreira
00468 Silvio Romero de Souza França
00469 Simone Leite N. Barreto
00470 Sonia M. Herriot Nascimento
00471 Sonia Maria Viana
00472 Soraya Solomac
00473 Stela Norma Benevides Castelo
00474 Sueli S. de Souza Soares
T
00475 Tadeu Fernando Alencar
00476 Taies de Carvalho Camera
00477 Tânia Bermuz S. Toro
00478 Tânia Hosmor
00479 Tânia Lúcia Gel
00480 Tatiana de C. Pascoal
00481 Thereza Carnação
00482 Thyrso Farias Filho
00483 Tomomar Lamounier Ataíde
U
00484 Urbano Maurício da Costa
00485 Urico Gadelha Oliveira Neto
00486 Ustin Wer
V
00487 Valéria de Lacerda Costa
00488 Valéria Drumond
00489 Valter Figueiras Pessoa
00490 Vânia Sato J. Pilus
00491 Vera Lúcia Xavier O. Souza
00492 Veri José de Oliveira
00493 Vilma Ferreira de Oliveira
00494 Virgílio Ferraz Neto
00495 Vito Vicente Capo
W
00496 Wagner de Souza
00497 Wagner Dias de Moraes
00498 Waldeck Ferreira da Silva
00499 Walter Chaves
00500 Walter H. Frota
00501 Walter Mann
00502 Walter Sinai Abumarral
00503 Walter Sober
00504 Wanderley Barros de Campos
00505 Washington Franco
00506 Wallace Heiverio Freitas Queiroz
00507 Weikert C. Batista
00508 Wenceslau Cardim
00509 Wilson A. A. Coelho
00510 Wilson Freitas
00511 Wilson Natta Gonçalves
Y
00512 Yko Maeda
Z
00513 Zazi Zanuzo

ANEXO 10

Rio de Janeiro,

Exmo. Sr.
Senador Darcy Ribeiro

Gostaria de expor as razões pelas quais me posiciono contra o texto do projeto lei 0008/91.

Atenciosamente,

Prof.Dr.Jorge Alberto Costa e Silva
Presidente
Associação Mundial de Psiquiatria

CONSIDERAÇÕES

1. Considerando que a situação da assistência psiquiátrica brasileira é bastante precária e que poderá se tornar caótica com a implantação de uma política inadequada para a assistência aos enfermos mentais.

2. Considerando que a assistência psiquiátrica está necessitando de uma revisão, mas baseada em fundamentos exclusivamente científicos, técnicos, e não político partidários ou de interesse de grupos particulares.

3. Considerando que o projeto de lei em pauta irá inibir e tutelar a ação do psiquiatra e da psiquiatria.

4. Considerando que o psiquiatra não é o carcerário do doente mental (Henry Ey), e sim como afirmou o mestre brasileiro, Ulysses Pernambucano, o Curador natural do doente mental.

5. Considerando que este projeto de lei contraria os princípios técnicos e científicos que norteiam a prática psiquiátrica observados no mundo.

6. Considerando que o direito a ser tratado de uma doença mental deve ser garantido a todos que dela sofram.

7. Considerando que já existe um anteprojeto de lei elaborado pela comunidade científica e de saúde mental brasileira no governo anterior, e que foi ignorado na elaboração do presente projeto de lei.

8. Considerando a necessidade de um programa educacional para os profissionais de saúde mental, melhor se prepararem para tratar os doentes mentais.

9. Considerando 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.

10. Considerando que devemos ter as necessárias garantias para que o psiquiatra, a psiquiatria, os profissionais de saúde mental e os doentes mentais tenham assegurados o acesso a todas as alternativas para o tratamento das doenças mentais.

Respeitosamente sugiro que seja elaborada uma lei que respeite as diretrizes da moderna política da assistência psiquiátrica, com fundamentos técnicos científicos.

ANEXO 11

REVISTA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA

Instituto de Psiquiatria

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Professores: José Roberto de Albuquerque Fortes (Titular), Eneida Baptistete Matarazzo, Paulo Corrêa Vaz de Arruda, Jorge Wohwey Ferreira Amaro, Valentim Gentil Filho (Chefe do Departamento), Zacaria Borge Ali Ramadam, Arthur Kaufman, Hélio Elkis, Nairo de Souza Vargas, Carmita Helena Najjar Abdo, Renato Del Sant.

Hospital das Clínicas

Drs. Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro, Arthur Gerra de Andrade, Carmita Helena Najjar Abdo, Cibele Ivone de Souza Cardim, Eda Zanetti Guertzenstein, Edson Shiguemi Hirata, Eduardo Ferreira Santos, Eurípedes Constantino Miguel Filho, Fernando Geoge Monteiro Naylor, Flávio Roberto Huck, Francisco Baptista Assumpção Junior, Francisco Greco, Francisco Lotufo Neto, Gary Gronich, Geraldo Massaro, Hélio Cordeiro Machado, Hercília M. Homi, Irany Baptistela Ferreira, Isac Guz, José Carlos Ramos Castillo, José Marcus Rotta, Kasuko Nakai Murata, Laura Helena S. Guerra de Andrade, Lázaro Gross Scharf, Lee Fu I, Luiz Cuschnir, Luiz de Moraes Altenfelder Silva Filho, Luiza Helena Villas Boas Russo, Maciel Yamashita, Marcello Delano Bronstein, Márcia Szajnbok, Márcio Antonini Bernik, Marcos Wagner da Cunha, Maria Cristina Lombardo Ferrari, Maria Odila Buti de Lima, Mário Octávio Lourenzi, Mário Rodrigues Louzã Neto, Máximo Lamberto Stephano, Montezuma Pimenta Ferreira, Nina Rosa de Castro Musolino, Oswaldo Ferreira Leite Netto, Patrícia de Campos Lindemberg Schoueri, Renato Teodoro Ramos, Renério Fráguas Júnior, Ricardo Alberto Moreno, Ricardo Kfouri, Salomon Benabou, Salvador de Rosis Busse, Saulo Castel, Sergio de Barros Cabral, Sérgio Paulo Rigonatti, Sérgio Tadeu Duarte Guedes, Sergio Vieira Bettarello, Sônia Maria Duarte Sampaio, Sueli Maria Padrão Branchini R. da Silva, Táki Athanássios Cordás, Valdir Pricoli, Vânia Nosé Alberti, Walter Nelson Cardo, Zazi Zanuzzo.

Centro de Estudos do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP

Diretoria:

Presidente: Prof. Dr. José Roberto de Albuquerque Fortes
Vice-Presidente: Dr. Renato Del Sant
Diretor Executivo: Dr. Sergio de Barros Cabral
Secretário: Dr. Edson Shiguemi Hirata
Tesoureiro: Dr. Walter Nelson Cardo

Psiquiatria

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

MARÇO 1993

MANIFESTAÇÃO SOBRE AS PROPOSTAS DE REFORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O Conselho do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, considerando a responsabilidade deste Departamento e de sua base operacional, o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, pelos cursos de graduação em Psiquiatria dos médicos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e fisioterapeutas formados pela FMUSP; pela formação e treinamento de especialistas em Psiquiatria (três anos de Residência); pelos cursos de pós-graduação "stricto sensu" em Psiquiatria (mestrado e doutorado); pelo aperfeiçoamento de profissionais das áreas de enfermagem psiquiátrica, psicologia, serviço social e terapia ocupacional; por estágios, cursos de extensão universitária e pesquisas em diferentes aspectos da saúde mental de adultos e crianças; pelo atendimento ambulatorial, psicoterápico e de internação de expressivo número de pessoas com os mais variados transtornos e doenças mentais, desde suas respectivas criações há várias décadas; considerando, portanto, seu papel relevante na formação de profissionais, na investigação científica e no atendimento especializado em Psiquiatria, e, tendo conhecimento de projetos de lei em tramitação nos poderes legislativos Federal e Estadual, vem manifestar-se publicamente em relação aos seguintes e graves problemas:

1) O projeto de lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, em tramitação no Congresso Nacional, coloca em risco o aperfeiçoamento do atendimento, ensino e pesquisa psiquiátricos ao proibir o investimento de recursos em hospitais psiquiátricos.

Não se trata de defender, aqui, os macro-hospitais ou clínicas que praticam má Psiquiatria. Isto nos parece lamentável e digno de reformulações e, se for o caso, punições. Impedir o investimento na construção ou reformulação de hospitais especializados, porém, não atenderá os objetivos de melhorar, mas deixará sem atendimento adequado uma expressiva parcela da população com transtornos e doenças mentais que deles necessitam, atingindo, sobretudo, as pessoas de baixa renda.

Esta é uma questão técnica que não pode ser discutida neste momento, mas, vale ressaltar, a simples proibição generalizada de investimento em hospitais psiquiátricos fere o bom senso.

2) O projeto de lei nº 366 de 1992, de autoria dos deputados Roberto Gouveia, Antenor Chicarino e Edinho Araújo, atualmente em tramitação na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, e algumas das emendas a ele propostas, são ainda mais preocupantes.

Assim, ele "dispõe sobre a promoção de saúde e de reintegração social das pessoas portadoras de sofrimento mental".

De acordo com recentes estudos epidemiológicos nacionais e estrangeiros, cerca de 20% da população geral preenche critérios operacionais para diagnóstico psiquiátrico num período qualquer de seis meses. Isso sem contar "sofrimento mental" de menor intensidade ou considerado normal como o luto, por exemplo. Na verdade, esse projeto trata especificamente do atendimento aos pacientes com transtornos mentais mais graves, que freqüentemente requerem atendimento hospitalar.

No entanto, apesar das intenções expressas de abolir "discriminações de qualquer tipo, que impeçam ou dificultem o usufruto" dos direitos "individuais, coletivos e sociais", esse projeto, transformando-se em lei, privará um grande número de

indivíduos do seu direito ao atendimento psiquiátrico pleno.

Assim, nos artigos 6º, 7º, 8º e 9º veda a utilização de recursos terapêuticos, considerando-os violentos e desumanos ou produtores de defeitos orgânicos irreversíveis, incluindo, aqui, o uso de quartos para isolamento ("celas fortes"), contenção ("camisa de força"), psicocirurgia e outras "terapêuticas biológicas", estas últimas somente podendo ser administradas após "consulta aos membros não médicos da equipe de saúde mental do estabelecimento, com manifestação por escrito e assinatura dos seus membros", além de "exame e consentimento por uma equipe de médicos composta por um do estabelecimento, um indicado pela autoridade Sanitária Estadual e um indicado pela autoridade Sanitária Municipal". Tal comissão decisória resultará, na prática, em trâmites burocráticos onerosos, ineficientes, lerdos e, quiçá, distorcidos por questões pessoais e de hierarquia.

Como fica claro na Emenda nº 1, de autoria da deputada Célia Leão, uma dessas terapêuticas biológicas, agora proibida nessa emenda ao artigo 7º, é a eletroconvulsoterapia (ECT). Infelizmente, as justificativas apresentadas revelam desconhecimento da matéria.

A proibição pura e simples da aplicação do ECT está em desacordo com o que se conhece sobre a eficácia, segurança e baixo custo dessa terapêutica, conforme se pode verificar nos livros e artigos médicos contemporâneos e privará, sem dúvida, muitos pacientes de um tratamento que, quando utilizado de forma tecnicamente adequada e com indicação precisa, é dos que melhor relação risco/custo/benefício existem em Medicina.

A Emenda nº 5, do deputado Getúlio Hanashiro acrescenta um parágrafo ao artigo 10 (que aborda a internação psiquiátrica como "último recurso terapêutico") estabelecendo o direito do paciente internado a "um acompanhante de sua escolha até vinte e quatro (24) horas por dia, devendo o estabelecimento estar equipado de acomodações, higiene e alimentação adequadas..."

Evidentemente, levando em conta o disposto no artigo 10, o paciente que conseguisse o consenso multidisciplinar e leigo exigido para ser internado, dificilmente teria suficiente discernimento para uma escolha de acompanhante que fosse efetivamente necessário e benéfico em sua condição.

Aliás, os artigos 10 a 14, se aprovados, tornariam a internação psiquiátrica, mesmo nas "Enfermarias de Saúde Mental" em Hospitais Gerais, um procedimento complexo, que exige aprovação por tantas instâncias e autoridades como não se exige em nenhum outro ramo da Medicina, inclusive aqueles onde os riscos do paciente são notoriamente maiores.

De uma forma geral, tem-se a impressão de que, com o intuito de melhorar o atendimento aos doentes mentais, os legisladores tornaram-se identificados com movimentos radicalmente antipsiquiátricos e que, ao procurar legislar sobre assunto de saúde, deixam de ouvir os que há mais tempo e com maior competência e responsabilidade se dedicam ao estudo e ao atendimento dessas pessoas, desprezando os conhecimentos acumulados, substituindo-os por informações superficiais, distorcidas, preconceituosas ou francamente demagógicas, com óbvios prejuízos para os pacientes, suas famílias e a sociedade como um todo.

Atingirá, entretanto, o descalabro se for aprovado com a emenda nº 14, do deputado Nilton Casquel Monti, que acrescenta um artigo que reza: "as instituições educacionais formadoras de Recursos Humanos e, especialmente, aquelas que habilitam os profissionais das equipes multidisciplinares de atendimento às pessoas portadoras de sofrimento mental reorientarão seus currículos quanto aos conteúdos teóricos e práticos, para adequá-los às necessidades da reforma psiquiátrica e aos princípios desta lei".

Sem levar em conta o autoritarismo desmesurado, chama a atenção a total inversão dos princípios e do bom senso que deveriam nortear os legisladores, atrelando o conhecimento e mesmo a Universidade a uma lei, ao invés de se nutrirem deles para melhor conduzir os destinos da sociedade.

Confiamos em que tais distorções não merecerão o apoio da maioria dos Nobres Deputados, mas nos vemos forçados a denunciá-las e pedir providências de todos os interessados no sentido de reformular para melhor a Assistência Psiquiátrica. Nesse nobre propósito, colocamo-nos à disposição de Suas Excelências, os Senhores Deputados, para esclarecimentos necessários a fim de que, mediante reformulações adequadas, os projetos de lei ora propostos possam servir, efetivamente, à maioria da população sofrida do nosso Estado e do País. ■

ANEXO 12

Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional*

Anastácio Morgado[1], Lúcia Abelha Lima[2]

1 – Conceitos básicos

Desinstitucionalização

Entende-se melhor o significado da palavra desinstitucionalização pelo seu oposto: manter pacientes por tempo indeterminado em instituições – por vários anos, décadas e por vezes até a morte. Na área psiquiátrica um tal confinamento institucional poderia ser justificado para certas doenças degenerativas do sistema nervoso central, anomalias cerebrais graves, idiotia extrema, mongolismo avançado, pacientes com periculosidade retratária e esquizofrenia muito grave – "esquizocaria" e estado de "gabismo", em termos da psiquiatria de então.

Essas diferentes doenças são institucionalizáveis porque elas têm como denominador comum:

a) têm um curso irreversível e progressivo, além da falta de terapêutica eficaz para as mesmas; e

b) o paciente não é capaz de executar as tarefas básicas de cuidar de si próprio, como alimentar-se, fazer a higiene pessoal e de tomar certos cuidados para manter a própria segurança.

Deixados à própria sorte em casa um paciente desses, ele comete acidentes e desatinos, definha-se e acaba morrendo precocemente; pelos tão graves problemas que a doença acarreta, sua família fica transtornada e a vizinhança não tem mais sossego. Tratamento mesmo restringe-se a complicações que freqüentemente surgem em tais pacientes; o mais importante é que eles precisam de cuidados contínuos, de boa qualidade para garantir à maioria uma sobrevida de 40-50 anos (raros são os longevos) e reduzir no possível as complicações – em especial as infecciosas. Pretender assegurar esse tratamento na residência do paciente significaria ter ali uma infra-estrutura de quase um mini-hospital, com assistência contínua por anos a fio. É uma raridade ter uma família que tenha condições e que se disponha a montar o referido mini-hospital. E se este não é assegurado, o médico não deve concordar em deixar o paciente fora do hospital, ou dar-lhe alta; se a família retira o paciente do hospital, deve ficar claro que é à revelia do profissional. Importa destacar que está aumentando o número de pacientes com doença de curso irreversível, em grande parte salvos da letalidade pela moderna tecnologia médica.

Qual foi a distorção que a sociedade impôs ao hospital psiquiátrico? – Foi a de acantonar nesse hospital um número cada vez maior de pacientes, como se os mesmos preenchessem os dois critérios de irreversibilidade progressiva resumidos acima. Esses numerosos pacientes, embora graves, de modo algum eles satisfazem aqueles critérios. O paciente é mantido *sine die* no hospital, sem que ele preencha os dois critérios acima, por uma conjunção de fatores.

Portanto, é intrínseco ao conceito de desinstitucionalização o estabelecimento de condições básicas de tratamento e cuidados do paciente e sua família. Em termos de tratamento, o que é *sine qua non* à desinstitucionalização bem sucedida é o emprego judicioso de farmacoterapia, aliada a uma psicoterapia compreensiva; antes da era da psicofarmacologia não faltaram boas intenções para tratar pacientes na comunidade, mas realisticamente isso não era possível. De fato, há que se implantar uma infra-estrutura muito complexa e dispendiosa na comunidade; sem ela, há mera desospitalização – os pacientes são colocados para fora do hospital, sem que se assegure para os mesmos uma existência condigna, que é o mínimo que uma pessoa doente precisa ter. As colocações acima são enfaticamente explicitadas por Arnhoff[1], Hafner & Heiden[19], Bachrach[5], Geil[17], Epp[13], White & Mercier[38], Audisio[3], Clare[10], Mechanic[27], Bassuk & Gerson[6] e Stein & Test[35]. São todos autores que têm notável folha de trabalhos científicos e serviços prestados na área mental por décadas e no melhor estilo profissional.

Saúde mental

Apesar da falta de um acordo satisfatório sobre o que seja saúde mental, adota-se aqui a definição seguida pelo Canadá (1988), cujas características essenciais estão abaixo:

"Saúde Mental é a capacidade do indivíduo de interagir no grupo e no meio-ambiente de sorte a contribuir para o bem-estar subjetivo, o aperfeiçoamento e o melhor uso possível das capa-

*Apresentado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ em 27-8-1993.

[1]Professor Adjunto da Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Pesquisador do CNPq em Modelos Interinstitucionais de Saúde Mental.
[2]Mestre em Saúde Pública. Psiquiatra da Colônia Juliano Moreira.

© 1994 - EDN-Editora Científica Nacional Ltda.

cidades mentais (intelectuais, afetivas e de relacionamento) para a realização dos justos objetivos individuais e coletivos, e para a criação das condições de igualdade fundamentais".

Essa definição "interacionista" tem vantagens reais sobre outras, porque ela destaca:

– que é no interrelacionamento das pessoas no meio em que se encontram é que se usufrui e exprime saúde mental;

– a contribuição para o bem-estar subjetivo das pessoas e o aperfeiçoamento de suas capacidades; e

– interagir para alcançar objetivos individuais e coletivos: as condições de igualdade básicas para viver com saúde.

Embora não se alcance consenso sobre o que seja saúde mental, é importante não perder de vista as indicações de uma definição como a acima; ela é explícita e precisa em seus objetivos – o que facilita muito a operacionalização dos mesmos sob a forma de critérios bem definidos; estes podem ser aplicados em um dado contexto e, se não forem apropriados nessa aplicação, que sejam refutados. Ela é superior à conhecida definição de saúde da OMS, porque esta é sem contexto, sem interação e é inoperacionalizável em critérios – porque nenhum de seus aspectos é bem definido.

Tomar como referência uma tal definição e aprofundá-la, dá um destino e uma orientação universalizantes, superando assim as divergências domésticas que todos conhecem. No seio mesmo da saúde mental vislumbra-se pois doutrina unificadora, humanista e ancorada nos mais elevados ideais – liberdade, igualdade, justiça e que não esquece as potencialidades humanas. A definição acima é abrangente em seus objetivos, os quais podem ser discutidos mas em princípio são amplamente aceitos. Por exemplo, pode questionar-se que muitas vezes os objetivos individuais sejam incompatíveis com os coletivos... Entretanto, o que a definição marca é que precisa-se resguardar a singularidade dos indivíduos, que é fundamental não destituir o sujeito de seu papel, porque ele pode ser o mais eficaz agente iniciador de mudanças e assim aperfeiçoar e melhorar a saúde da coletividade em um dado contexto. Também pode-se objetar que bem-estar subjetivo devesse vir depois de assegurar condições materiais de vida. Refuta-se esse argumento com o fato de que ele é relativo: muitas pessoas têm asseguradas tais condições, mas que isso é muito insuficiente – elas sofrem porque compartilham e interagem num contexto onde abunda o sofrimento.

A ênfase interacionista da definição é de tal forma que cada pessoa fica comprometida com a saúde mental de todos em seu meio; ela não dá abrigo para um paraíso mental ao meio das comunidades que sofrem. Esta ênfase seria utópica ou irrealista, porque então ninguém neste mundo poderia desfrutar de saúde mental... Pensando bem, a realidade é essa mesma, porque ao operacionalizar a definição dimensiona-se não a saúde e sim o nível de falta de saúde mental reinante no meio: conflito interpessoal, escassez de apoio e lazer, falta de segurança e de liberdade, restrição da singularidade, falta de participação etc. Ao contrário disso, a definição da OMS pode ser entendida como um bem-estar nirvânico, alheio aos aspectos do meio, como os citados acima.

Certo, a abrangência da definição acaba enquadrando a maioria como insanos dentro das interações de seu meio; por isso ela não seria prática, porque a maioria sempre coloca-se como a norma de ser assim ou assado. Não se chega portanto ao paraíso ou à plenitude de bem-estar e crescimento das potencialidades humanas do indivíduo imerso no todo da coletividade. Resulta pois que tão mais sem saúde ficam as pessoas quanto mais suas interações no meio-ambiente levam-nas a se distanciarem daqueles objetivos.

2 – Ascensão do movimento da desinstitucionalização

De 1960 para cá, o tratamento e cuidados da pessoa com distúrbios mentais desloca-se do hospital psiquiátrico para os serviços na comunidade: ambulatórios e postos de saúde mental, consultórios individuais e centros comunitários. Segundo Rochefort[30], esse movimento começou na segunda guerra mundial, quando em 1942 nos EUA os convocados que tinham "objeção de consciência" a irem à guerra, foram então trabalhar como atendentes psiquiátricos nos hospitais públicos do Estado; em 1945 o número desses atendentes era em torno de 2.000, os quais trabalhavam em 60 instituições. Na maioria destas eles depararam-se com sofríveis condições de trabalho e com a precariedade dos cuidados assistenciais. Num empenho contínuo para melhorar as condições dos hospitais do Estado, no fim da guerra eles fundam a "National Mental Health Foundation", ampliando então os objetivos para englobar toda a sociedade. Mas teve-se que esperar quase duas décadas para que o tratamento fora do hospital se tornasse uma realidade, o que se viabilizou com o acesso a psicofármacos eficazes. Alguns países europeus (Inglaterra, França, Itália e países escandinavos) fizeram primeiro suas reformas, aí o movimento fortaleceu-se e pouco a pouco irradiou-se por todos os países inclusive para seu precursor os EUA.

Há um denominador comum que guie, que impulsione esse movimento através dos muitos países com modelo assistencial tão diferente um do outro? Parece que sim – seria a definição de saúde mental acima –, uma vez que reduzem-se a ela as vantagens reais da desinstitucionalização. Mesmo num modelo particular de política de saúde mental, o que conta mesmo é a presença daquelas vantagens, e não certos aproveitamentos menos nobres. A principal tônica política desse movimento no Brasil não tem sido aquelas vantagens nem as alternativas terapêuticas à hospitalização e sim condenar duramente os macro-hospitais (com mais de 200 leitos) e as colônias ou asilos psiquiátricos. O viés dessa tônica chegou a ser tão grande que ofuscou o progresso terapêutico e aspectos essenciais como segurança do paciente e o imenso ônus não-monetário decorrente de tratar os pacientes numa comunidade sem uma rede de serviços especializados.

Os profissionais mesmo ficam algo atônitos, mas em geral acabam concordando em que a mudança para outras abordagens de tratamento é salutar. Os vanguardistas de países como Itália e Brasil, arrolam no "obsoleto" e de maneira indiscriminada toda e qualquer clínica ou hospital, seja do setor público ou privado, que proponha tratar o paciente mentalmente enfermo; não poupam en-

seu criticismo nem mesmo os médicos e o corpo de enfermagem. Esse furor de mudança tem originado, porém, tantos problemas a ponto de abater o otimismo de muitos defensores da mudança para alternativas de tratamento na comunidade; e o que é pior, aquele furor enseja que alguns anti-reformistas cheguem ao paradoxo de bradar pela construção de mais hospitais psiquiátricos.

Na prática é difícil encontrar um sistema de atendimento que opere com razoável tranqüilidade. Mesmo nos países em que há elevada organização institucional, boa formação dos profissionais e disponibilidade de suprimentos, há sérios conflitos oriundos da falsa oposição entre tratamento hospitalizado versus comunitário, bem como de corporativismo de uma classe de profissionais sobre outras classes. Isto é, mesmo que se eliminem os conflitos de base político-ideológica, ainda assim restam os conflitos entre classes profissionais; o corporativismo torna-se então uma prepotência surdo-muda que submete classes profissionais inteiras, pondo o próprio sistema de saúde distante dos objetivos da definição de saúde discutida acima. Superar conflitos dos profissionais às vezes é mais difícil que vencer compreensíveis resistências de famílias de pacientes, da população e de políticos que se levantam frente ao tratamento fora do hospital.

No Brasil, essas questões vêm sendo clara e amplamente colocadas a partir da realização do primeiro Congresso de Psiquiatria Social (Martins & Carmo[26]). Na prática sua repercussão foi colocar as comunidades terapêuticas na realidade, arrefecendo o otimismo irrealista na década de 60. Mas nele não se deixou de fazer um inventário bastante realista quanto às mudanças a serem feitas no hospital e na comunidade para que os objetivos das comunidades terapêuticas pudessem ser alcançados – não com elas e sim com outros tipos de serviços. Souberam os criadores daquelas comunidades avaliá-las bem e apontaram os rumos para superá-las. Em nosso meio, com aquele congresso entramos na era pós-comunidade terapêutica; ele ficou obscurecido por causa do contexto político da época, de tal forma que é como se no Brasil não tivesse tido muitas Comunidades Terapêuticas, e o citado Congresso ficou esquecido, censurado. Mas suas recomendações constituem um marco importante, por ter reunido contribuições prático-teóricas fundamentais para a possível efetivação de um programa de saúde mental, fruto de uma evolução terapêutica dentro da área mental.

De fato, o primeiro grande impacto no modelo de atendimento em saúde mental à população, que repercutiu no conjunto da federação, veio com a recente aprovação pelo Congresso Nacional do Projeto de Lei nº 3.657. Mas esse projeto encarna a condenação indiscriminada aos hospitais psiquiátricos e ao pessoal que neles trabalham (seriam uns "seqüestradores" de doentes); essa viseira do projeto de lei tornou-o indefensável. Um genuíno projeto de saúde mental, sobretudo numa época em que já se dispõe de resultados concretos em vários países, precisa aproveitar a experiência de todos eles. A partir delas, conclui-se que por melhor que seja um plano de saúde mental, o risco de fracassar é muito alto se os dois seguintes aspectos não forem levados em alta conta:

1 – A realidade sócio-econômica e política do país. Muito particularmente a realidade do setor saúde como um todo; é indispensável que este setor esteja organizado, para que nele se possa apoiar a rede da saúde mental. Antes de se pretender implantar uma rede de serviços em saúde mental, há que se implantar a rede de serviços de clientela universal, da qual toda a população se beneficia por necessidade imperativa. É a rede de pediatria, de ginecologia-obstetrícia, de clínica médica e de serviços de urgência. Desinstitucionalização psiquiátrica só é possível se o contexto maior do setor da saúde já estiver resolvido, e nisso ainda estamos engatinhando. Por exemplo, nada indica que se possa implantar uma unidade de psiquiatria ou de saúde mental nos variados hospitais gerais pelo Brasil afora; os eufemísticos "planos de saúde" da previdência privada – mesmo cevados nas instituições do governo –, sua imensa maioria não cobre nenhum atendimento em psiquiatria. Ora, se não se resolvem questões relativamente simples como essas, o que se pode falar sobre infra-estrutura comunitária para desinstitucionalização?

2 – Os efeitos colaterais da desospitalização psiquiátrica – envio dos pacientes para fora do hospital, sem ter implantado antes uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar dos mesmos e às suas famílias.

3 – As cinco graves conseqüências da desospitalização

A presente revisão é voltada para o segundo aspecto acima, porque sobre o primeiro aspecto os autores não se consideram preparados como se requer para a data que hoje todos nós comemoramos. É fácil falar das maravilhas da desinstitucionalização, mas se não se fala no peso do fardo que ela pode constituir, na seqüela da "chaga social" que ela pode provocar, isso significa que não se tem formação e conhecimento especializado no assunto.

Não é difícil elaborar um plano; o que é difícil mesmo é superar os obstáculos para implantá-lo e, muito particularmente, prevenir conseqüências negativas sobre os pacientes, suas famílias e sobre a comunidade.

Quais têm sido as principais conseqüências negativas do tratamento dos distúrbios mentais na comunidade? A seguir, as cinco mais importantes delas são devidamente destacadas.

1) Desamparo dos pacientes graves

Desponta-se o fato de deixar de tratar e de cuidar exatamente dos pacientes mais necessitados de tratamento. Sobretudo os pacientes crônicos ficam desamparados – não só em termos terapêuticos, mas também de cuidados gerais, da assistência humana que se requer para qualquer pessoa enferma. Esta "chaga" passou a constituir um pesado fardo para os programas que prometiam um paraíso mental aos pacientes. Ela é exatamente o contrário das pregações dos mentores mais afoitos da desospitalização. Ela só não é bem documentada nos países que não procuram saber o destino dos pacientes após a alta. Se procurassem saber os antecedentes das pessoas que ficam perambulando pelas ruas, vagando a esmo pelas rodovias, dormindo nas praças e outros logradouros das cidades ou acantonadas em velhas pocilgas, descobririam que grande parte delas é feita de egressos de hospitais psiquiátricos, dos asilos.

Nos EUA, Borus[8] e Sharfstein[34] foram os primeiros a documentar tal inadequação do seu vasto programa. Mas são poucos os estudos com dados objetivos sobre os "sem-teto", o que se compreende bem porque: esses estudos são difíceis de serem realizados, têm alto custo e constatam algo que seria melhor ficar apenas debatendo sobre ele. Mas os poucos estudos com os pés no chão mostram a dura realidade em que se desemboca o modelo de assistência em saúde mental dos EUA. Esses estudos põem por terra a idéia encobridora de que os "sem-teto sejam sobretudo jovens rebeldes que entram em graves desavenças com seus pais e que por isso preferem viver suas vidas por conta própria, fora de casa e a duras penas como puderem". Bela idéia essa, o sem-teto seria o *Sanyasi* ocidental – um jovem irreverente para com os valores mais caros da sociedade de afluência, desapega-se deles, assume uma vida errante e tendo a abóbada celeste como teto de sua casa. Por essa idéia, os sem-teto é que tomariam a opção da sarjeta, que eles teriam casa e vida condigna se não tivessem tomado tal iniciativa, se não tivessem optado por sair da casa de suas famílias. Mas a dura realidade não é isso e sim um fenômeno muito diferente. Para a imensa maioria dos sem-teto não se fala em opção: de fato não são jovens nem rebeldes e sim adultos de meia-idade com problemas mentais graves; de fato não têm alternativa para saírem da rua; sem nome, sem endereço e sem aniversário, eles só têm as ruas, as pocilgas e os escombros como domicílio. Isso pode ser constatado em estudos de observação *in loco* e que façam avaliação objetiva e padronizada, como nos poucos estudos resumidos a seguir.

Rossi e cols.[32] estudaram as características de uma amostra representativa dos "sem-teto" vivendo no perímetro urbano da cidade de Chicago; a média de idade foi de 40 anos, e 76% da amostra era do sexo masculino. Entre as várias escalas aplicadas foram incluídas escalas para avaliar distúrbios mentais e problemas associados ao consumo de álcool e drogas. Os autores concluíram: "os sem-teto da amostra de Chicago são pessoas sem família, que vivem em extrema pobreza e com altos níveis de limitação física e mental". Roth e Bean[33] também realizaram cuidadoso estudo epidemiológico dos "sem-teto" de 19 municípios de Ohio, EUA, comparando-se os do meio urbano com os do meio rural. Constataram que os primeiros são mais despojados de laços de família e ainda mais despossuídos que os do meio rural. No meio rural, 32% eram mulheres e a média de idade foi de 30 anos, contra 16% e 35 anos no meio urbano, respectivamente. O estado mental avaliado através do "Psychiatric Status Schedule – PSS" mostrou que no momento da coleta de dados 30% deles tinham manifestações psicopatológicas que requeriam tratamento especializado; além disso, cerca de um terço deles já havia sido hospitalizado por doença mental. A metade deles ficou "sem-teto" por razões econômicas; em ordem decrescente: desemprego, não conseguir pagar aluguel do domicílio e graves conflitos na família, foram as principais razões de estarem sem teto. Outro importante estudo foi realizado por Breakey e cols.[9] em amostra tirada ao acaso entre os sem-teto de Baltimore, EUA. Os dados revelaram altas taxas de prevalência de distúrbios psiquiátricos, consumo de álcool e drogas (pelos critérios do DSM-III); somando-se o total de diagnósticos, 90% dos homens e 80% das mulheres tinham algum distúrbio; a prevalência de esquizofrenia nos homens e mulheres foi de 12% e 17%, respectivamente. Os subgrupos de sem-teto tinham média de idade de 31 a 42 anos; na amostra houve um predomínio do sexo masculino, de não-brancos, identificando-se entre os mesmos uma importante presença de ex-combatentes. Além desses três notáveis estudos sobre "homeless", dados importantes sobre os "sem-teto" são também encontrados em Cohen e cols.[11], Bassuk e Gerson[6] e em Mechanic[27].

Programas especificamente voltados para os sem-teto têm sido estabelecidos, numa tentativa de cuidar deles no espaço aberto, onde eles se encontram, sem abrigo. Os mentalmente enfermos são confundidos com mendigos, e como estes vagam pelas ruas, com dificuldades de engajá-los em algum programa. Recentemente, Cohen e cols.[11] avaliaram um desses programas, de tratamento e cuidados de idosos "sem-teto" e com problema mental, concluindo que em relação aos "sem-teto" não doentes eles ficam em significativa desvantagem em ressocialização, saúde física e mental, vestuário e mesmo alimentação. Mesmo que se tente dar-lhe amparo, eles têm maiores dificuldades de se engajarem nos programas e assim não se beneficiam de suas atividades.

Ao fazer um balanço do modelo norte-americano de assistência em saúde mental, foi com essas palavras que Mechanic[27] arrematou seu comentário, a propósito da legião de povo "homeless": "It is sad commentary that a nation that spends more than a half trillion dollars on health each year and has such rich resources of manpower and facilities, cannot do better for its most needy and disadvantaged citizens".

No modelo inglês, como evidenciaram Boardman e cols. (1986) e Sayce e cols. (1991) há uma tendência a repetir em pequena escala a mesma inadequação do programa dos EUA para tratar os pacientes mais necessitados. Mas o programa inglês de fato não deixou o hospital, porque nele teve-se o tirocínio de encadear o sistema de saúde mental a uma rede de unidades psiquiátricas inseridas no hospital geral de cada região; isso impede que se forme um grande contingente de mentalmente enfermos desabrigados.

A "chaga" de deixar o paciente grave desamparado não decorre apenas da "desospitalização forçada", porque nesses países as altas foram graduais para uma rede alternativa já implantada e disponível, que "em princípio" trataria todos os pacientes. Destaca-se que à exceção da Itália e dos EUA, os outros países não efetuaram "desospitalização forçada", e neles a mudança foi feita pelos próprios profissionais da área mental. O tratamento na comunidade tornou-se possível, e em grande proporção de pacientes melhor que na abordagem hospitalizada; não precisava pois nenhum "tour de force" para a desospitalização. O grave problema de deixar "o mais necessitado em desamparo" é algo que vai além da disponibilidade de serviços, pois a falha está em adequar o programa ao paciente: este ser genuinamente aceito e assim engajá-lo no tratamento, e a família ter condições de ficar com o paciente em casa e que este possa ser tratado na comunidade.

Importa não confundir os "homeless" dos países acima com a população de rua do Brasil – na qual os egressos do hospital psiquiátrico constituem uma minoria – constituída inteiras pobres ao extremo.

2) Alta rotatividade dos pacientes: "Revolving door"

Caracteriza-se pelo fato de pacientes "terem alta" mas ao invés de irem para suas casas eles vão é para outro hospital – eles saem por uma porta e entram pela outra. Isso significa que o paciente não é tratado e que a relação médico-paciente-família está ausente ou muito comprometida – porque nela há engano; em geral não se explicita que outra hospitalização está sendo providenciada. Se aquela relação é boa, o paciente fica ao menos um certo período em tratamento na comunidade e, se de fato há recaída, procura-se primeiro o mesmo hospital, e não um outro qualquer.

O "Revolving door" é o melhor indicador da assistência na comunidade – indicador direto da assistência hospitalar, mas que por via indireta ou virtual ele diz muito sobre o funcionamento dos serviços da comunidade. Ele é feito sobre dado objetivo de evento culminante e bem preciso, com significado de primeira grandeza em psiquiatria, e de acesso fácil – no boletim de entrada no hospital. Embora superior ao índice de "homeless", ele precisa sempre ser analisado em conjunto com este – porque pode-se reduzir o "revolving" mas com um preço altíssimo – aumentando o índice de "homeless". Isso é facilitado porque o "homeless" é difícil de ser definido e ainda mais difícil é saber o que ele significa em psiquiatria, além do "homeless" encontrar-se num espaço de acesso difícil. Alto "revolving" é menos grave que ele ser baixo na presença de elevada desospitalização (grande redução de leitos ocupados) e se os pacientes não são encontrados em seus endereços. Mas "revolving" zero, com escassez de vaga no leito hospitalar porque ele está permanentemente ocupado, traduz a cronificação. Neste caso, se se trata de um asilo, é este que encarna a estrutura cronificante; mas se se trata de hospital destinado a pacientes agudos, é o hospital que está sendo submetido à superestrutura cronificante – do que encontram-se exemplos em nossa rede hospitalar. Não é verdade pois que é o hospital ou asilo que cronificam os pacientes; os hospitais para agudos são cronificados a contragosto de seus funcionários – eles sofrem como ninguém os efeitos de uma superestrutura cronificante.

Com sintomas produtivos ou deficitários e mesmo sem um e outro, o paciente não tem apoio na comunidade ou esta não tem condições de tratar e cuidar dele; desprovido de amparo nesse momento difícil que é a alta do hospital, é natural que o paciente entre logo em outro hospital. Tal entrada reflete antes de tudo a falta ou o colapso daquela infra-estrutura. Somando-se as sucessivas hospitalizações, a rotatividade dura muitos anos e até décadas. Com aquele colapso e forçando-se a curta permanência no leito hospitalar, no Brasil estamos diante da dura escolha de Sofia – consentirmos com a internação vitalícia a prestações –, o paciente despojado de lar mas com vida itinerante de hospital em hospital, porque se lhe for dada alta ele poderá morrer ao ficar vagando pelas ruas.

A alta rotatividade é um problema difícil de evitar. Por mais que haja boa vontade e boa intencionalidade, numerosos pacientes ficam inseguros para inserirem-se nela, ou estão apragmáticos até para irem à consulta médica. Se não há "staff" de serviço social e de enfermagem comunitária para que se viabilize o engajamento dos pacientes na rede de serviços, é inevitável que na primeira oportunidade que se tenha eles sejam re-hospitalizados. No Canadá, por exemplo, a despeito de ter um dos melhores sistemas de atendimento, o índice de "revolving door" é sistematicamente alto; seu sistema, porém, é carente do referido "staff". Não indo à consulta, os sintomas do paciente alcançam um tal nível de gravidade que exige a hospitalização. É com a ajuda de um tal "staff" que o austero modelo inglês reduz seu índice, mas mesmo assim um importante grupo de pacientes sai de um hospital para entrar no seguinte. É que a família do paciente pensa diferente do médico; este acha que o paciente já pode sair e continuar o tratamento fora do hospital, mas a família entende que o lugar de paciente com sintomas é no hospital. Os EUA coíbem a hospitalização, reduz o "'revolving door" mas às custas de gerar a maior população de "homeless" de pacientes psiquiátricos do mundo. O repúdio que seu modelo vem tendo dentro e fora do país é pois fruto de um bom discernimento da realidade.

E como vai o "revolving door" no Brasil? Não há nenhum estudo bem feito sobre esse problema, mas as evidências do dia-a-dia é que há décadas que ele é muito alto. No Rio de Janeiro, por exemplo, em alguns hospitais do governo foram dadas altas a grande número de pacientes, no intuito de não deixá-los na carreira de crônico até o fim de seus dias. Mas o resultado foi que a grande maioria deles foram re-internados em clínicas conveniadas, custeadas pela previdência social. Em suma, piorou em duplo sentido: o paciente virou uma mercadoria crônico-rotativa, e o custo aumenta porque o processo de re-internar aqui e depois ali tem um grande consumo estéril de recursos com a burocracia, equipe paramédica e com meios de transporte.

3) Custo não-monetário por doença mental

Embora tenha havido uma constante preocupação com os problemas que o paciente criaria na comunidade, pouco se atentou para o fato de que o paciente na comunidade também fica sujeito a uma série de problemas que lhe fazem sofrer muito. Ao mesmo tempo, o baixo custo monetário (questionável) do tratamento dos pacientes na comunidade tem sido um argumento constante dos defensores da desospitalização. Arnhoff[1] & Hafner e Heiden[13] não deixaram de dar a devida importância ao ônus não monetário – tão e até mais importante que o monetário. O que se lamenta é valorizar o monetário, mas negligenciar sobre o custo ou ônus não monetário, que inevitavelmente é alto com o tratamento dos pacientes na comunidade. É deplorável que certos profissionais da área mental sejam pouco sensíveis a tão importante conseqüência da doença mental – cujo peso sobre o paciente e sua família são incontestáveis. Esse custo é tão alto que o paciente e seus

parentes aceitam uma restrição temporária da liberdade (no hospital) *a fim* de que o paciente seja adequadamente tratado. A pressão para ser internado chega às raias do absurdo, como descrito por Geller[16]: em um grande hospital do governo, 17 admissões num período de 200 dias foram devidas a incendiários; atear fogo em propriedades, causar lesões físicas e até morte, foi um meio último para franquear a barreira contra a internação. Os psiquiatras e psicólogos que ainda não acordaram para tal ônus, deveriam preocupar-se mais com esse custo e deixar o monetário para os administradores e economistas.

O custo não monetário em grande medida decorre do estado mental do paciente: expõe a si próprio e através dele expõe sua família à comunidade – a doença na família torna-se pública; por sua vez, a comunidade acarreta inúmeros percalços para o paciente e indiretamente para sua família. Se o paciente não tem segurança no meio comunitário, se não compreendem sua condição de enfermo, ele sofre – mesmo que não tenha consciência de seu sofrimento. A relação parente-paciente também acarreta elevado ônus não monetário a ambos – o parente reage ao paciente, porque não compreende a condição de paciente, muitas vezes constituindo um fardo para um e para o outro. Esse ônus é tanto mais alto quanto maior for a escassez de serviços na comunidade. Se por acaso se pensasse um pouco no que seja esse ônus, jamais se bradaria por desospitalização apressada, sem ter na comunidade uma adequada estrutura de serviços de tratamento e de apoio/suporte ao paciente e à sua família.

Entretanto, mesmo com disponibilidade de uma rede ideal de serviços na comunidade, ainda assim há o ônus que recai sobre a relação parente-paciente. Um paciente com sintomas produtivos, que pode ser tratado fora do hospital, com freqüência acarreta muitos dissabores na família e na vizinhança. Mas um paciente com sintomas deficitários também não é fácil de ser amparado por anos a fio por sua família; o nível de tolerância do parente abaixa-se, fazendo emergir o pesado fardo da doença. Desde o trabalho de Doll[12] ficou certo que famílias que declararam antes da alta que iriam aceitar bem o paciente em suas casas, logo após a alta constata-se por observação direta que de fato evitam-no, envergonham-se dele, dão-lhe o mau-humor, escondem no dia das visitas e até rejeitam-no de casa! Ainda bem que os profissionais do *métier* sabem separar a bela retórica da dura realidade – os fatos dos três itens acima e do que vem a seguir.

4) Problemas com a justiça/polícia

Esses problemas não foram previstos pelos críticos do movimento de saúde mental; eles constituem uma pequena proporção dos pacientes tratados na comunidade – sendo uma minoria que sofre esse efeito colateral gravíssimo e imprevisível. Com o advento da era da desinstitucionalização, um particular ônus que recai na doença mas que não vem dela é que as pessoas mentalmente enfermas passaram a ter mais problemas com a justiça/polícia do que as pessoas não enfermas; em certos locais há um excesso ostensivo, desumano mesmo. É um ônus que não deveria existir; é conseqüente à incompreensão da doença. Não se imaginava que os pacientes na comunidade fossem ser freqüentemente molestados pela polícia, nem que alguns deles se tornassem efetivamente encarcerados como um criminoso comum. Pensando bem, embora seja uma minoria, esse efeito negativo, junto com atos como o dos incendiários, constituem um golpe muito contundente, rude mesmo, sobre a desospitalização mal conduzida. O primeiro a documentá-lo com vários casos e destacá-lo como sendo uma aberração da desinstitucionalização mal conduzida foi Whitmer[39]. O fato de um paciente sair do sistema de saúde mental mas ele ser ingressado no sistema penal é tão nocivo e paradoxal que põe abaixo todas as justificativas da desinstitucionalização; esta é indefensável se o paciente sai do hospital mas é enviado para uma instituição que é a última que um ser humano pode desejar para si mesmo; e ainda injustiça pior por ser uma pessoa que, se ela comete um delito, o faz sob imperativos da doença, sem posse de juízo para avaliar o que faz. É portanto um problema muito mais grave que aqueles do paciente tornar-se um "homeless", ou passar décadas saindo de um hospital e entrando em outro, ou provocar um alto custo não monetário por doença.

Não há dúvidas de que é um mau uso do sistema penal – que no caso é solicitado pela comunidade para resolver problemas de distúrbio de comportamento que não são de sua competência. Em princípio, quando a polícia é bem preparada, o paciente é apenas averiguado (de alguma forma é molestado), sem que lhe se aplique alguma pena. Bonovitz & Bonovitz[7] comprovaram que é sumamente difícil para que a polícia seja bem preparada para lidar com ocorrência policial em pessoa mentalmente enferma na comunidade. Constataram que na Califórnia, EUA, que os incidentes com pacientes psiquiátricos comunicados à polícia aumentaram de 227% de 1975 a 1979. Mas só raramente a polícia enquadrou o paciente no código penal, tendo o máximo de cuidado para não condenar indevidamente um incidente provocado por doença; mas mesmo assim, no período acima ela enviou para a prisão nove pacientes sem periculosidade... O valioso trabalho de Finlayson e col.[15], resumido na tabela 1 evidenciou que o "serviço" mais usado pelos crônicos na comunidade foi a polícia – bem mais que o serviço social comunitário, de enfermagem e organizações filantrópicas de ajuda.

Esse efeito imprevisível da desospitalização foi conseqüência de uma errônea busca de igualdade de direito – culminando-se num retrocesso em termos de psiquiatria forense: a perda da inimputabilidade por doença mental. Diante disso, mesmo que o paciente psiquiátrico tenha parentes para defendê-lo, ele não vai ser poupado do risco de ter problema com a justiça/polícia em caso de não comportar-se de acordo com as normas; ele pode ser penalizado porque ele é imputável como qualquer outra pessoa. Uma vez que se autodeterminaria pela sua vontade, ele é responsável por seus atos e assim é considerado perante a lei.

Mas mesmo que se assegure não imputabilidade por doença, na comunidade certos pacientes vão ter os mesmos problemas. É que tem sido crescente a pressão das comunidades para que elas fiquem protegidas, que não sejam incomodadas por indivíduos desviantes das normas da ordem. Nessas condições, os pacientes sem fan

Importa não confundir os "homeless" dos países acima com a população de rua do Brasil – na qual os egressos de hospital psiquiátrico constitui uma minoria, consistindo o grosso daquela população de pessoas e até famílias inteiras pobres ao extremo.

2) Alta rotatividade dos pacientes: "Revolving door"

Caracteriza-se pelo fato de pacientes "terem alta" mas ao invés de irem para suas casas eles vão é para outro hospital – eles saem por uma porta e entram pela outra. Isso significa que o paciente não é tratado e que a relação médico-paciente-família está ausente ou muito comprometida – porque nela há engano; em geral não se explicita que outra hospitalização está sendo providenciada. Se aquela relação é boa, o paciente fica ao menos um certo período em tratamento na comunidade e, se de fato há recaída, procura-se primeiro o mesmo hospital, e não um outro qualquer.

O "Revolving door" é o melhor indicador da assistência na comunidade – indicador direto da assistência hospitalar, mas que por via indireta ou virtual ele diz muito sobre o funcionamento dos serviços da comunidade. Ele é feito sobre dado objetivo de evento culminante e bem preciso, com significado de primeira grandeza em psiquiatria, e de acesso fácil – no boletim de entrada no hospital. Embora superior ao índice de "homeless", ele precisa sempre ser analisado em conjunto com este – porque pode-se reduzir o "revolving" mas com um preço altíssimo – aumentando o índice de "homeless". Isso é facilitado porque o "homeless" é difícil de ser definido e ainda mais difícil é saber o que ele significa em psiquiatria, além do "homeless" encontrar-se num espaço de acesso difícil. Alto "revolving" é menos grave que ele ser baixo na presença de elevada desospitalização (grande redução de leitos ocupados) e se os pacientes não são encontrados em seus endereços. Mas "revolving" zero, com escassez de vaga no leito hospitalar porque ele está permanentemente ocupado, traduz a cronificação. Neste caso, se se trata de um asilo, é este que encarna a estrutura cronificante; mas se se trata de hospital destinado a pacientes agudos, é o hospital que está sendo submetido à superestrutura cronificante – do que encontram-se exemplos em nossa rede hospitalar. Não é verdade pois que é o hospital ou asilo que cronificam os pacientes; os hospitais para agudos são cronificados a contragosto de seus funcionários – eles sofrem como ninguém os efeitos de uma superestrutura cronificante.

Com sintomas produtivos ou deficitários o mesmo com um e outro, o paciente não tem apoio na comunidade ou esta não tem condições de tratar e cuidar dele; desprovido de amparo nesse momento difícil que é a alta do hospital, é natural que o paciente entre logo em outro hospital. Tal entrada reflete antes de tudo a falta ou o colapso daquela infra-estrutura. Somando-se as sucessivas hospitalizações, a rotatividade dura muitos anos e até décadas. Com aquele colapso e forçando-se a curta permanência no leito hospitalar, no Brasil estamos diante da dura escolha de Sofia – consentirmos com a internação vitalícia a prestações –, o paciente despojado de lar mas com vida itinerante de hospital em hospital, porque se lhe for dada alta ele poderá morrer ao ficar vagando pelas ruas.

A alta rotatividade é um problema difícil de evitar, porque mesmo com infra-estrutura disponível na comunidade, numerosos pacientes ficam inseguros para inserirem-se nela, ou estão apragmáticos até para irem à consulta médica. Se não há "staff" de serviço social e de enfermagem comunitária para que se viabilize o engajamento dos pacientes na rede de serviços, é inevitável que na primeira oportunidade que se tenha eles sejam re-hospitalizados. No Canadá, por exemplo, a despeito de ter um dos melhores sistemas de atendimento, o índice de "revolving door" é sistematicamente alto; seu sistema, porém, é carente do referido "staff". Não indo à consulta, os sintomas do paciente alcançam um tal nível de gravidade que exige a hospitalização. É com a ajuda de um tal "staff" que o austero modelo inglês reduz seu índice, mas mesmo assim um importante grupo de pacientes sai de um hospital para entrar no seguinte. É que a família do paciente pensa diferente do médico; este acha que o paciente já pode sair e continuar o tratamento fora do hospital, mas a família entende que o lugar de paciente com sintomas é no hospital. Os EUA coíbem a hospitalização, reduz o "revolving door" mas às custas de gerar a maior população de "homeless" de pacientes psiquiátricos do mundo. O repúdio que seu modelo vem tendo dentro e fora do país é pois fruto de um bom discernimento da realidade.

E como vai o "revolving door" no Brasil? Não há nenhum estudo bem feito sobre esse problema, mas as evidências do dia-a-dia é que há décadas que ele é muito alto. No Rio de Janeiro, por exemplo, em alguns hospitais do governo foram dadas altas a grande número de pacientes, no intuito de não deixá-los na carreira de crônico até o fim de seus dias. Mas o resultado foi que a grande maioria deles foram re-internados em clínicas conveniadas, custeadas pela previdência social. Em suma, piorou em duplo sentido: o paciente virou uma mercadoria crônico-rotativa, e o custo aumenta porque o processo de re-internar aqui e depois ali tem um grande consumo estéril de recursos com a burocracia, equipe paramédica e com meios de transporte.

3) Custo não-monetário por doença mental

Embora tenha havido uma constante preocupação com os problemas que o paciente criaria na comunidade, pouco se atentou para o fato de que o paciente na comunidade também fica sujeito a uma série de problemas que lhe fazem sofrer muito. Ao mesmo tempo, o baixo custo monetário (questionável) do tratamento dos pacientes na comunidade tem sido um argumento constante dos defensores da desospitalização. Arnhoff[1] & Hafner e Heiden[13] não deixaram de dar a devida importância ao ônus não monetário – tão e até mais importante que o monetário. O que se lamenta é valorizar o monetário, mas negligenciar sobre o custo ou ônus não monetário, que inevitavelmente é alto com o tratamento dos pacientes na comunidade. É deplorável que certos profissionais da área mental sejam pouco sensíveis a tão importante conseqüência da doença mental – cujo peso sobre o paciente e sua família são incontestáveis. Esse custo é tão alto que o paciente e seus

por Fink & Weinstein[14] e Mollica[28]. Na Inglaterra, a preponderância dos temas gerais e a omissão na importância da especificidade nos assuntos da área foram observadas por Clare[10], entre outros.

4 – Infra-estrutura comunitária de saúde mental

O contexto interacionista da definição de saúde mental adotada neste trabalho é central para um bom sistema de atendimento; se o contexto da comunidade é precário, não se pode esperar grande coisa. É óbvio que soerguer a comunidade é uma tarefa primária de governo, de toda a população; sem isso é ingenuidade pensar em implantar algum sistema de saúde que funcione bem. Um bom modelo de atendimento em saúde mental depende, em resumo, dos dois pré-requisitos abaixo, como colocados por Stein & Test[35], entre outros:

1) Aceitação do programa pela comunidade, com no mínimo os seguintes dois aspectos:

a) Assegurar condições objetivas, materiais, de sobrevivência dos participantes, a fim de que possam engajar-se efetivamente nas atividades; e

b) A dimensão subjetiva da comunidade, de conviver com as pessoas com distúrbios mentais; essa dimensão é clara no seu oposto: propensão a re-internar o paciente e de prolongar sua estadia no hospital, se possível para que ele não retorne jamais para casa.

2) Recursos humanos bem preparados, sobretudo em:

a) Manejo seguro da psicofarmacologia básica; importa destacar que no hospital é mais fácil observar e controlar os efeitos colaterais;

b) Psicoterapia focal, estruturada e terapia de família; serviço social e de enfermagem psiquiátrica comunitária.

Esses dois pré-requisitos são indispensáveis para a implantação do programa. Para que este se mantenha em bom nível de operação a longo prazo, é necessário que ele seja monitorado por clínicos com larga experiência no assunto (Wing[40]). O monitoramento é uma atividade contínua (ao menos duas vezes por semana): um integrante da equipe, que fica à disposição desta para sanar as dificuldades "à quente", e o outro percorre os vários serviços, com encargos de auditagem.

Parece que ao elaborar o Projeto de Lei nº 3.657, não se cogitou de quão o monitoramento é imprescindível para o bom funcionamento do serviço de saúde. Em nosso meio, tal monitoramento era feito a contento pelo então "chefe de equipe" ou "diretor médico", funções que entraram no ocaso no atual sistema de prestação de serviços à população. O referido monitoramento é uma atividade que atravessa toda a rede das unidades de prestação de serviços; ele é uma parte intrínseca pelo menos dos sistemas inglês, francês e canadense.

1) O essencial do sistema britânico

A fig. 1 mostra o diagrama do sistema inglês, que representa o fluxo da clientela desde a população até o hospital psiquiátrico: de 23% que consultam o clínico geral por problema mental, apenas 0,6% da população adulta vem a ser internada. Goldberg & Huxley[18] mostram a impressionante coerência e articulação internas que vinculam todo o sistema. Todos os pacientes são bem cuidados e nenhum deles pode ser diretamente internado em hospital psiquiátrico: antes há que atravessar três poderosos filtros ou barreiras. O paciente só vai à frente se seu problema não for adequadamente resolvido; com ele vai seu prontuário médico completo, onde constam-se os dados da doença, resultados de exames realizados, tipo de tratamento e até a dose do medicamento que usa. Há equipe multiprofissional bem preparada, por todo o país, que se encarrega dos cuidados e tratamento dos pacientes e suas famílias. Que os profissionais não ganhem a contento é a principal queixa desse austero e respeitável sistema: a insatisfação dos mesmos faz uma minoria migrar. A cobertura é de 100%, não exclui os imigrantes, mesmo temporários. Seus resultados consagram-no: funciona bem melhor e custa bem menos que o dos EUA.

2) A reforma psiquiátrica italiana

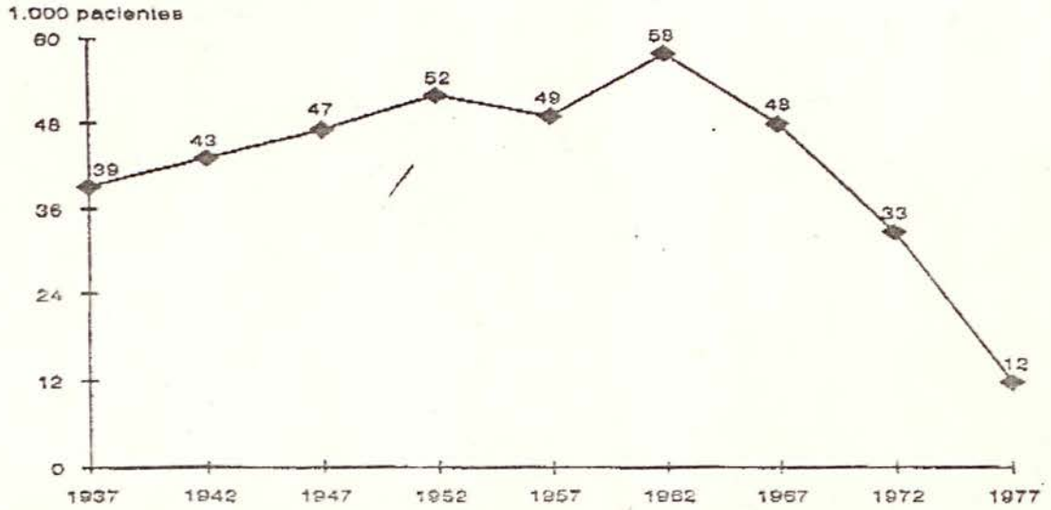
A experiência italiana fundou-se na *Psichiatria Democratica*, inspirada em teoria sócio-política, encampada por fortes grupos de pressão e reforçada pela lei nº 180, aprovada em 1978. Isso dificulta muito o diálogo sobre essa experiência, porque seus defensores não estabeleceram instrumentos de avaliação científica da mesma, não va-

Figura 1 – Fluxo de pacientes da comunidade aos serviços psiquiátricos na Inglaterra / Gales

Nível 1	Filtro 1	Nível 2	Filtro 2	Nível 3	Filtro 3	Nível 4	Filtro 4	Nível 5
		Assistência médica geral				Serviços psiquiátricos		
Morbidade na comunidade	→	Morbidade na assistência médica	→	Morbidade fácil de reconhecer	→	Pacientes psiquiátricos	→	Pacientes internados
Decisão de ir ao clínico geral		O clínico geral considera como caso				Encaminha-se aos serviços psiquiátricos		Internação
25%		23%		14%		1,7%		0,6%

Fonte: Goldberg D. and Huxley P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. London: Tavistock, 1980.

Figura 2 – Pacientes hospitalizados* por problema mental no Canadá: 1937 - 1977



* Todos os tipos de transtorno mental em hospital público ou privado. Notar que entre 1962 - 77 a queda foi de 78%.
Fonte: Rochefort D.A. Hosp. Commun. Psychiat., 43: 1083-90, 1992.

lorizam-na e chegam a desprezar as poucas evidências existentes. E não pode ser de outra maneira, porque a reforma foi sobretudo um trabalho político – então é natural que seus mentores avaliem-na mais numa perspectiva política. Jones & Polletti[21,22] deixam claro a enorme importância da objeção de Franco Basaglia a Maxwell Jones, por este não ter incorporado a "política" em seu movimento das Comunidades Terapêuticas. Essas comunidades foram sendo extintas ou então transformadas/substituídas pelo movimento de saúde mental, em alguns países com a introdução da "política" – a *Psichiatria Democratica*. A equipe técnica dessas comunidades e dos hospitais psiquiátricos em geral ficou na posição virtual de não democrata. O movimento dos EUA foi bastante influenciado por Basaglia, como registram Jones & Polletti[21,22]; no Brasil a mesma influência foi auto-evidente – ela tem sido testemunhada, mas é dificílimo fazer um trabalho científico sobre ela, porque com facilidade um tal trabalho seria confundido com "denúncia" contra a reforma italiana. A enorme propaganda de várias outras publicações, que não fornecem objetivação de seus dados (se os há), faz com que esqueçam os poucos estudos realizados nos moldes científicos sobre a reforma em pauta. Isto é, emprega-se o marketing para exercer uma espécie de censura sobre os poucos trabalhos científicos sobre a experiência italiana, como os de Tansella e cols.[36], Morosini e cols.[29] e Jones & Polletti[21,22]. Seus resultados não dão razões para otimismo, porque evidenciam que no interior e sul da Itália difundiram-se os "asilos na comunidade", e que a vasta propaganda favorável baseia-se em meia dúzia de centros localizados, os quais são bastante divulgados. Seja o que for, essa reforma é vasta, original e continua o debate sobre ela, faltando porém uma avaliação extensa e objetiva da mesma.

3) O essencial do sistema canadense

– É um sistema de cobertura universal, isto é, previsto para atender efetivamente o total da população. Implantou-se um sistema de caixa única – o Estado; mas a prestação de serviços é em sua maior parte feita pelo setor privado. O Estado arrecada recursos e paga os prestadores de serviços – efetuando sobre os mesmos uma rigorosa auditagem.

– A assistência é centrada em unidades psiquiátricas de hospitais gerais; cada hospital destina boa proporção de leitos para psiquiatria, bem como ambulatórios especializados.

Planejou-se uma transferência de pacientes dos asilos (hospitais públicos das províncias) para hospitais gerais a partir de 1962. O esvaziamento progressivo dos asilos de fato ocorreu em grande proporção dos anos 60 até 1980, como se observa na fig. 2. Paralelamente expandiram-se as unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Durante anos teve-se a impressão que estavam substituindo com sucesso o tratamento asilar pelo hospitalar – o que foi chamado de hospitalização do asilo e medicalização da psiquiatria. Entretanto, aos poucos verificou-se que a clientela das unidades psiquiátricas em sua maior parte era de pacientes menos graves – e que os pacientes mais graves de fato passaram a ficar desassistidos: eles permaneciam com sintomas em suas famílias de origem, e um importante número deles ficavam pelas ruas sem abrigo *(homeless)*. O otimismo oriundo de tornar os asilos inativos e verem florescer as unidades em hospitais gerais, levou a ofuscar a atenção para o principal – o cuidado dos pacientes mais graves.

– Para contornar a grave falha acima, em 1976 foram implantados os programas comunitários de saúde mental, contando-se 400 deles em 1990. Mas de novo, muitos desses programas afastaram-se do objetivo original de cuidar dos pacientes mais graves – em geral crônicos. Pudera!, argumenta-se, se a unidade psiquiátrica faz um tratamento seletivo dos menos graves em hospital, porque os programas comunitários vão cuidar só desses pacientes mais graves? É natural que esses programas cuidem dos pacientes menos graves e de suas famílias – o que bem

conduzido previne 80 a 90% das hospitalizações. Ao mesmo tempo, há de reconhecer-se que os pacientes crônicos têm pouco a se beneficiarem da unidade hospitalar como ela funciona no Canadá – reservada para pacientes com recaídas e agravações, que em geral requerem hospitalização de curta permanência.

Referências

• 1. ARNHOFF FN – Social Consequences of Policy Toward Mental Illness. Indiscriminate shifts from hospital to community treatment may incur high social costs. Science, 188: 1277-1281, 1975. • 2. ANTHONY WA, COHEN M, KENNARD W – Understanding the current facts and principles of mental health systems planning. Am J Psychol, 45: 1249-1252, 1990. • 3. AUDISIO M – Le service public de psychiatrie face au problème de la réabilitation sociale et professionelle des malades mentaux. L'information Psychiatrique, 58: 383-394, 1982. • 4. AUDISIO M – Mental illness, handicap & the introduction of legal positive discrimination in France. Int J Soc Psychiatry, 33: 144-148, 1987. • 5. BACHRACH LL – A conceptual approach to deinstitutionalization. Hosp Commun Psychiatry, 29: 573-578, 1978. • 6. BASSUK EL, GERSON S – Deinstitutionalization and mental health services. Scient Amer, 238: 46-53, 1978. • 7. BONOVITZ JC, BONOVITZ JS – Diversion of the mentally ill into the criminal justice system: the police intervention perspective. Am J Psychiatry, 136: 922-926, 1981. • 8. BORUS JF – Issues critical to the survival of community mental health. Am J Psychiatry, 135: 1029-1035., 1978. • 9. BREAKEY WR, FISHER PJ, KRAMER M, NESTADT G, ROMANOSKI AJ, ROSS A, ROYALL RM, STINE OC – Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. J Am Med Assoc, 262: 1352-1357, 1989. • 10. CLARE A – Community mental health centres. J Roy Soc Med, 73: 75-76, 1980. • 11. COHEN C, ONSERUD H, MONACO C – Outcomes for the mentally ill in a program for older homeless persons. Hosp Commun Psychiatry, 44: 650-656, 1993. • 12. DOLL W – Family coping with the mentally ill: an unanticipated problem of deinstitutionalization. Hosp Commun Psychiatry, 27: 183-185, 1976. • 13. EPP J – La Santé Mentale des Canadiens: vers un juste équilibre. Can J Publ Health, 79: 350-372, 1988. • 14. FINK PJ, WEINSTEIN SP – Whatever happened to psychiatry? The desprofessionalization of community mental health centres. Am J Psychiatry, 136: 406-409, 1979. • 15. FINLAYSON R, GREENLAND C, DAWSON FD et al. – Chronic psychiatric patients in the community. Can J Psychiatry, 28: 635-639, 1983. • 16. GELLER J – Arson: an unforeseen sequela of deinstitutionalization. Am J Psychiatry, 141: 504-508, 1984. • 17. GEIL R – Comment evaluer les problèmes de santé mentale rencontrés dans la communauté. World Health Statist Quart, 36: 233-255, 1983. • 18. GOLDBERG D, HUXLEY P – Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London, Tavistock Publications, 1980. • 19. HAFNER H, HEIDEN W – The evaluation of mental health care systems. Br J Psychiatry, 155: 12-17, 1989. • 20. HAFNER H, HEIDEN W – Methodology of Evaluative Studies in the Mental Health Field. *In*: Freeman H and Henderson J. Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally ill. Ed. Gaskel, London, pp. 1-20, 1991. • 21. JONES K, FOLLETTI A – Understanding the Italian Experience. Br J Psychiatry, 146: 341-347, 1985a. • 22. JONES K, FOLLETTI A – Transformation of the asylum: the Italian experience. Intern J Mental Health, 14: 195-212, 1985b. • 23. LAMB R – The New Asylums in the Community. Arch Gen Psychiatry, 36: 129-134, 1979. • 24. LOVELL A – The paradoxes of reform: reevaluation Italy's mental health law of 1978. Hosp Commun Psychiatry, 37: 8-11, 1986. • 25. MARTIN C, CARMO CA – Anais do VI Congresso Latino-Americano de Psiquiatria Social e I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, SP, 1971. • 26. MECHANIC D – Consideration in the design of mental health benefits under national health insurance. Am J Publ Health, 68: 482-488, 1978. • 27. MECHANIC D – Recent developments in mental health: perspectives and services. Annu Rev Publ Health, 12: 1-15, 1991. • 28. MOLLICA RF – The threatened disintegration of public psychiatry. N Engl J Med, 308: 367-373, 1983. • 29. MOROSINI PL, REPETTO F, DE SALVIA D, CECERE F – Psychiatric hospitalization in Italy before and after 1978. Acta Psychiat Scand (Suppl. 316): 27-43, 1985. • 30. ROCHEFORT DA – Origins of the "Third Psychiatric Revolution": The Community Mental Health Act of 1963. J Health Pol Policy Law, 9: 1-30, 1984. • 31. ROCHEFORT DA – More Lessons of a different kind: Canadian Mental Health Policy in Comparative Perspective. Hosp Commun Psychiatry, 43: 1083-1090, 1992. • 32. ROSSI PH, WRIGHT JD, FISHER GA, WILLIS G – The urban homelessness: estimating composition and size. Science, 235: 1336-1341, 1987. • 33. ROTH DJ, BEAN GJ – New perspectives on homelessness: findings from a statewide epidemiological study. Hosp Commun Psychiatry, 37: 712-719, 1986. • 34. SHAKESTEIN SS – Will community mental health survive in the 1980s? Am J Psychiatry, 135: 1363-1365, 1978. • 35. STEIN LI, TEST MA – Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry, 37: 392-397, 1980. • 36. TANSELLA M, DE SALVIA D, WILLIAMS P – The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence. Soc Psychiatry, 22: 37-48, 1987. • 37. WASYLENKI D, GOERING P, MACNAUGHTON E – Planning mental health services: background and key issues. Can J Psychiatry, 37: 199-205, 1992. • 38. WHITE D, MERCIER C – Reprinting mental health systems: the dynamics of policy and planning. Int J Ment Health, 19: 3-24, 1991. • 39. WHITMER GE – From hospitals to jails: the fate of California's deinstitutionalized mentally ill. Am J Orthopsychiatry, 50: 65-75, 1980. • 40. WING JK – Monitoring in The Field of Psychiatry. *In*: Goldberg EM & Connelly N (Eds): evaluative research in social care. London: Heinemann for Policy Studies Institute

ANEXO 13

J bras Psiq 43(12) 659-666, 1994

Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental

Marina Bandeira, Ph.D.[1], Alain Lesage, M.D.[2], Raymond Morissette, M.D.[3]

Resumo

A desinstitucionalização dos doentes mentais tem apresentado dificuldades devido à ineficácia dos programas de reinserção social. O presente trabalho avalia os efeitos de um programa de reinserção de um grupo de pacientes, comparativamente a um grupo controle, três anos após a alta de ambos os grupos.

Os resultados mostram que os pacientes do programa apresentam menos sintomas psiquiátricos, maior nível de habilidades de vida cotidiana e menos necessidade de tratamento psiquiátrico, mas a duração das rehospitalizações só é menor para um subgrupo de pacientes habitando em residências especiais.

Destaca-se a importância de um acompanhamento freqüente e contínuo, assim como um ambiente residencial com participação dos pacientes e dirigido por uma equipe especializada, em continuidade com a equipe do programa de reinserção.

Uniterrnos: desinstitucionalização; reinserção social dos doentes mentais; continuidade do acompanhamento; infra-estrutura comunitária; equipes profissionais

Em vários países ocidentais tem ocorrido, nos últimos quarenta anos, uma mudança na política de saúde mental, que passou de serviços psiquiátricos centrados no hospital psiquiátrico ou asilo para uma psiquiatria baseada em serviços comunitários. Contribuíram para esta mudança fatores tais como os avanços dos produtos psico-farmacológicos, o alto custo dos hospitais psiquiátricos públicos, o reconhecimento dos efeitos negativos na institucionalização, os movimentos sociais e de direitos humanos, entre outros fatores (Schepper-Hughes[31]; Losson e Parrate[24]; Tansella[33]).

No decorrer destes anos de experiência com serviços psiquiátricos comunitários, uma série de dificuldades para a sua implantação e o seu funcionamento adequado foram encontradas e divulgadas nestes países que adotaram esta política de saúde mental. Os principais problemas encontrados pelos doentes mentais na comunidade têm sido o de se adaptarem ao nível social e ocupacional e de manterem a adesão ao tratamento medicamentoso. As conseqüências mais citadas de uma reinserção inadequada têm sido: moradia inadequada, desemprego, itinerância, abuso de álcool e drogas, roubos e agressões levando a problemas com a polícia e encarceramento e as rehospitalizações freqüentes (Dorvil[11]; Dorvil et al[12]; Wallot[35]; Schepper-Hugues[31]; Herman e Smith[19]).

Estes problemas são atribuídos às condições ineficazes do processo de reinserção social dos doentes mentais, tais como falta de acompanhamento freqüente e adequado dos pacientes, interrupção do tratamento medicamentoso, falta de centros ocupacionais adequados, ausência de um suporte social satisfatório, ausência de equipes volantes para acolher o paciente em momento de crise, entre outros fatores (Herman e Smith[19]; MacCarthy[25]; Wallot[35]). Carpentier et al[7] salientam também a falta de atendimento adequado às famílias dos pacientes, que sofrem o peso dos problemas dos mesmos, estando ou não os pacientes residindo em família. Cyr et al[10] e Worley e Lowery[36] comentam a falta de continuidade do acompanhamento e de integração dos diversos serviços comunitários, além da falta de entendimento entre classes profissionais ou de grupos que assumem tendências teórico-ideológicas divergentes (ver revisão detalhada em Bandeira[2]).

Pesquisa financiada pela CAPES
Trabalho de pós-doutoramento de Marina Bandeira
[1]Psicóloga, Professora adjunta do Departamento de Psicologia da FUNREI, São João Del Rei, Minas Gerais
[2]Psiquiatra, Centre de Recherche Fernand Seguin, Montreal, Canadá
[3]Psiquiatra, Hospital Louis H. Lafontaine e Centre de Recherche Fernand Seguin, Montreal, Canadá

© 1994 - EDN-Editora Científica Nacional Ltda.

Muitas vezes a planificação de serviços psiquiátricos tem sido mais influenciada por forças sociais e ideológicas e tem sido menos freqüentemente guiada pelo desejo de articular recursos que visam satisfazer as necessidades dos pacientes (Lesage e Morissette[22]). Diante destas dificuldades e problemas, e desinstitucionalização pode ser considerada somente como um sucesso pela metade (Lesage et al.[23]).

Pesquisas avaliativas metodologicamente rigorosas sobre a eficácia relativa do atendimento comunitário, embora raras em alguns países(Tansella[33]), tem se desenvolvido muito e se acumulado ao longo destes anos particularmente na América do Norte. Toda esta experiência de vários países pode e deve ser discutida no momento, no contexto brasileiro, uma vez que estamos ainda no início da elaboração de um movimento de desinstitucionalização, momento este crucial para retirar lições de outros países, a fim de se tentar evitar alguns dos problemas maiores que eles encontraram no decorrer deste processo (Morgado e Lima[26]).

O presente trabalho visa discutir um dos componentes considerados indispensáveis ao bom funcionamento da desinstitucionalização: a necessidade de uma infra-estrutura comunitária para reinserir adequadamente os doentes mentais desinstitucionalizados. Considerando a importância de se beneficiar, no momento atual, da experiência de outros países, serão apresentados os resultados da avaliação feita pela primeira autora da desinstitucionalização de doentes mentais, no Canadá.

Dificuldades da reinserção dos doentes mentais na comunidade

Um dos problemas mais freqüentemente encontrados na tentativa de reinserir os doentes mentais na comunidade consiste no fenômeno da *porta giratória*, ou seja, o aumento da taxa de rehospitalizações nos hospitais. Taxas elevadas entre 55 a 75% de rehospitalizações são relatadas como resultado da desinstitucionalização (Dorvil et al[12]; Harnois[17]; Chase e Hendryx[8]; Geller et al.[16]). Além disso, o número de rehospitalizações aumenta com o tempo após a alta dos pacientes, atingindo 35% a 50% dos pacientes no primeiro ano e chegando a mais de 70% no segundo ano após a alta (Dorvil et al.[12]).

Estas rehospitalizações freqüentes refletem a ineficácia dos serviços psiquiátricos comunitários em fornecer aos doentes mentais um acompanhamento adequado capaz de satisfazer as diversas necessidades que eles apresentam quando se encontram na comunidade (Dorvil[17,18]; Breslin[5]; Cyr et al.[10]; Harnois[18]). A ineficácia dos serviços comunitários tem sido comentada amplamente na literatura (Talbot[32]; Bouricius[4]; MacCarthy[25]; Chase e Hendry[8]).

Esta ineficácia se reflete tanto na *insuficiência* dos serviços disponíveis, quanto na *má utilização* dos que existem (Cyr et al.[10]). Com efeito, uma das críticas mais severas de avaliadores canadenses sobre o sistema psiquiátrico comunitário consiste na *falta de coordenação* e colaboração entre serviços e entre classes de profissionais da saúde mental (Harnois[17]; Rochefort[29]; Brown[6]; Talbot[32]; Worley e Lowery[36]). A rede de serviços psiquiátricos foi inclusive considerada como uma "família desunida" (Gaucher[15]).

Em sua análise crítica sobre a desinstitucionalização, Gaucher[15] coloca em evidência que a falta de coordenação e de integração entre serviços constitui uma conseqüência natural da fluidez e da incerteza do campo da psiquiatria, no qual nem mesmo a própria definição de doença mental apresenta um consenso. Segundo a autora, em um campo incerto como este, proliferam conseqüentemente as controvérsias e a pluralidade de abordagens terapêuticas e de concepções sobre o atendimento. Em conseqüência, se desenvolve a falta de coordenação e integração dos serviços, assim como os conflitos entre categorias profissionais e entre subgrupos teoricamente divergentes.

Outra crítica se refere à *falta de continuidade* dos serviços, ou seja, que uma *mesma* equipe acompanhe o paciente de um momento a outro de sua trajetória, na instituição e fora dela. A continuidade no acompanhamento é muito importante no caso de doentes mentais, em particular o esquizofrênico, devido à sua dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais (Torrey[34]; Harnois[17,18]). Em conseqüência da falta de continuidade no acompanhamento, o paciente vive rupturas freqüentes em relação à equipe que o acompanha. A dificuldade em fornecer um acompanhamento adequado se torna mais acentuada ainda no caso daqueles pacientes que apresentam abuso de drogas, pois é muito difícil encontrar serviços comunitários que os aceitem.

Um dos fatores que parece contribuir para os problemas mencionados acima consiste na *falta de planejamento* para a criação de serviços comunitários adequados (Talbot[32]). Blake[3], por exemplo, chama a atenção para o perigo de se ter tão poucos requisitos exigidos para a seleção dos responsáveis de algumas residências comunitárias, o que afeta diretamente a qualidade do acompanhamento dos pacientes.

A importância da supervisão e acompanhamento dos pacientes pelos profissionais em lares protegidos e outros tipos de residências comunitárias é amplamente reconhecido. Harnois[17,18] sugere mesmo, como componente essencial para o sucesso da reinserção social do doente mental, um acompanhamento individualizado, contínuo e permanente, ou seja, por toda a vida do paciente, tanto no caso do paciente que reside com a família, quanto para aqueles que moram em residências protegidas. Corin e Harnois[9] sugerem que um agente comunitário responsável por um pequeno número de pacientes faça este acompanhamento, de modo que as necessidades de cada paciente sejam preenchidas.

Duas razões principais parecem explicar as dificuldades e limitações obtidas até agora no processo de reinserção social dos doentes mentais na comunidade. Primeiro, a ignorância por parte dos interventores quanto à gravidade dos déficits dos doentes mentais. Segundo, a insuficiência do acompanhamento dos pacientes por parte de profissionais, por falta de recursos comunitários adequados (Morissette e Lesage[27]).

A ineficácia dos serviços comunitários ocorre mesmo em um país como o Canadá, que dispõe de uma ampla gama de serviços psiquiátricos. Com efeito, todos os pacientes se beneficiam de serviços ambulatoriais dos hos-

pitais, dos serviços de acompanhamento dos Centros Locais de Serviço Comunitário (CLSC), dos Centros de dia, além de ateliers ocupacionais e de lazer. Para os que não habitam em família, a rede de serviços oferece várias estruturas residenciais: "Centre d'accueils", Pavilhões, Casas de transição, "Foyers" de grupo, Lares protegidos ("Familles d'accueil") e apartamentos supervisionados (Lesage e Morissette[21]). Os recursos residenciais citados acima variam quanto ao número de pacientes que acolhem e quanto ao grau de restrição que lhes impõe, o primeiro acima tendo o maior número de pacientes e fornecendo maior restrição, os demais acolhendo um menor número de pacientes e possuindo menos restrições, em ordem decrescente, até o apartamento supervisionado que acolhe uma a duas pessoas.

Apesar desta ampla gama de opções residenciais e de diversos serviços profissionais de acompanhamento dos pacientes, ainda assim se discute sobre a falta de uma intervenção eficaz por parte dos responsáveis das residências e da equipe de acompanhamento e sobre a falta de uma integração mais estreita entre eles e o hospital de onde procederam os pacientes. Esta integração é importante, por exemplo, para assegurar que o paciente freqüentará o ambulatório na freqüência previamente determinada por seu médico, manterá a adesão ao medicamento no dia-a-dia e será atendido prontamente em casos de crise. Uma intervenção mais eficaz deveria preencher as necessidades básicas dos pacientes, a nível ocupacional, social e de lazer, a fim de se prevenirem as crises.

A adequação e a suficiência do acompanhamento dos pacientes está ainda enfrentando, nos últimos anos, um problema adicional, que consiste na maior gravidade dos déficits dos pacientes remanescentes da desinstitucionalização, ou seja, aqueles casos mais graves que se tornaram a realidade dos hospitais psiquiátricos. Com efeito, os hospitais se tornaram, nos últimos anos, o depositório de pacientes crônicos dos mais graves. São freqüentemente pacientes esquizofrênicos, de 45 a 50 anos, hospitalizados pelo menos há 5 anos e que apresentam déficits marcantes e comportamentos embaraçantes (Lesage e Morissette[22]). Estes últimos pacientes constituem um desafio à desinstitucionalização pois possuem deficiências muito mais graves que os pacientes desinstitucionalizados nas décadas precedentes.

Foram desenvolvidas algumas unidades hospitalares especializadas em preparar e acompanhar os doentes mentais crônicos ao serem reinseridos na comunidade, mas os resultados dos poucos trabalhos publicados são decepcionantes. Farkas et al.[13] avaliaram 54 pacientes, na maioria esquizofrênicos, de 40 anos aproximadamente, com 16 anos de hospitalização. Os autores observaram que apenas 8 pacientes foram capazes de viver na comunidade durante o período do estudo e 24 nunca tiveram alta. Os que receberam alta não apresentaram nenhuma melhora no funcionamento ocupacional e de habilidades de vida cotidiana. Presley et al.[28] não observam nem mesmo bons resultados do programa de reinserção de uma unidade para doentes mentais crônicos, pois 43% dos pacientes não apresentaram nenhum progresso 3 a 4 anos após a admissão na unidade.

Talvez o insucesso destas poucas tentativas publicadas se deva a um acompanhamento insuficiente dos pacientes. Visando justamente enfatizar a necessidade da continuidade e da freqüência e qualidade do acompanhamento dos pacientes, Lesage e Morissette[22] desenvolveram uma unidade especializada em preparar e acompanhar de perto a reinserção social de doentes mentais crônicos (Unidade 304) do Hospital L.H. Lafontaine, em Montreal (Morissette e Lesage, 1988).

O presente trabalho visa apresentar uma avaliação do impacto de reinserção social da unidade 304 realizada três anos após a alta de um grupo de pacientes, comparativamente a outros pacientes que haviam recebido o tratamento tradicional do hospital.

Partimos da hipótese de que os pacientes reinseridos através do programa da unidade 304 deveriam apresentar maior grau de habilidades de vida, menor grau de sintomas psiquiátricos e de necessidade de tratamentos e menor tempo de rehospitalizações após a alta e que estas diferenças se manteriam no tempo, comparativamente a pacientes que não participaram do programa de reinserção social e de acompanhamento contínuo.

Método

Programa de reinserção da unidade 304

O modelo de atendimento adotado na unidade 304 de reinserção social se inspira nas recomendações do "Comité de la Santé Mentale" do governo do Canadá, incluindo os seguintes elementos:

1. Objetivos realistas para cada paciente, devido aos déficits severos dos mesmos;

2. Funcionamento interdisciplinar, incluindo psiquiatra, psicólogo, ergoterapeuta, enfermeiras, assistente social;

3. Atividades de readaptação orientadas para a saída do hospital em Centros de dia, isto é, locais onde os pacientes desenvolvem habilidades sociais e de base, além de lazer;

4. Acompanhamento freqüente ("case management") sob forma de visitas a domicílio para garantir que os pacientes receberão os serviços de que necessitam, visando prevenir as crises ou surtos;

5. Intervenções de crise no hospital, a fim de orientar o paciente no momento da crise por um ou mais dias e em seguida reintegrá-lo o mais rapidamente possível à comunidade, intensificando o acompanhamento depois.

Delineamento experimental

O impacto do programa de reinserção social da unidade 304 será avaliado através da comparação do grupo de pacientes preparados e reinseridos na comunidade por esta unidade (grupo S 304) e um grupo controle (grupo SAUT) de pacientes de outras unidades do mesmo hospital que não haviam participado do programa. O grupo de controle consiste de pacientes apariados ao grupo experimental quanto às variáveis de idade, sexo, diagnóstico, duração das hospitalizações anteriores, idade do início das hospitalizações e dose de medicamento ingerido. São pacientes das outras unidades do hospital. Uma análise pontual da diferença entre os dois grupos após três anos

será complementada por uma análise evolutiva ao longo de três anos.

Embora este delineamento não possua a distribuição aleatória dos sujeitos aos dois grupos, o que era clinicamente inviável no nosso caso, esta limitação é compensada pelo cuidado que tivemos em fazer o apariamento dos dois grupos.

Procedimento

Após a aprovação do Comitê de Ética do Hospital L.H. Lafontaine, foi dado início à presente pesquisa. Como alguns pacientes de ambos os grupos avaliados poderiam estar rehospitalizados no momento da avaliação, todas as unidades do hospital dedicadas ao tratamento dos doentes crônicos foram contactadas para serem informadas a respeito da pesquisa.

Em uma reunião com os médicos e chefes das unidades, foi exposto o objetivo da pesquisa e o procedimento a ser adotado para entrevistar tanto os pacientes quanto os membros da equipe de tratamento que estivessem seguindo mais de perto o paciente a ser avaliado. Foram igualmente contactados os coordenadores dos serviços comunitários para facilitar o contato do entrevistador com as residências protegidas dos pacientes que se encontravam na comunidade.

Para cada entrevista, era feito um primeiro contato telefônico, seguido de visita domiciliar em horário conveniente para o paciente e para os responsáveis da residência. O entrevistador entrava em contato primeiramente com o paciente isoladamente, indagando algumas questões gerais, para conhecer suas características e poder em seguida, se necessário, confrontar as respostas dos membros da equipe. Em seguida, procedia-se à entrevista de avaliação com um membro da equipe que estivesse acompanhando mais de perto o paciente. Trata-se de uma entrevista estruturada, preenchendo-se quatro questionários de avaliação.

Foi realizada ainda uma análise dos prontuários de todos os pacientes dos dois grupos, visando a coleta de dados referentes à medicação ingerida, assim como o número e duração das rehospitalizações sofridas.

Questionários de avaliação

Foram escolhidos questionários adequados para o tipo de pacientes avaliados nesta pesquisa. Estes questionários apresentam propriedades de fidedignidade, validade e sensibilidade a mudanças da população avaliada. Foram quatro os questionários utilizados:

1. NOSIE: Nurses observation scale for inpatient examination (Honigfeld e Klett[20]). Visa avaliar os sintomas psicóticos positivos e negativos. São 32 itens cotados em uma escala de freqüência de aparição de 5 pontos.

2. ILSS: Independent living skills schedule (Wallace[35]). São 118 itens que avaliam as habilidades básicas da vida cotidiana, divididos em 8 escalas: higiene pessoal, hábitos alimentares, cuidados domésticos, preparação de refeições, gestão financeira, utilização de transportes, lazer e ocupação do tempo.

3. HHPS: Hospital and Hostels Practices Profile Survey (Ryan[30]). São 52 itens que visam avaliar a qualidade do meio de vida dos pacientes, em termos do grau de liberdade e autonomia permitido no local.

4. GNY: Grille New York (Furman e Lund[14]). Consiste em 140 itens englobando vários aspectos, que permitem classificar os pacientes segundo três níveis de alojamento necessário para satisfazer suas necessidades: nível comunitário, ambiente supervisionado de readaptação e nível hospitalar.

Análise de dados

Os resultados dos dois grupos de pacientes com relação aos quatro questionários descritos acima serão analisados estatisticamente através de Manova, Anova e Análise de Regressão Múltipla. Estas análises servirão para comparar os dois grupos após 3 anos de reinserção social. Além disso, os dados após 3 anos serão também comparados com os dados iniciais colhidos por Lesage e Morissette[22].

Resultados

Para comparar adequadamente os dois grupos de pacientes é preciso antes verificar se eles são equivalentes. Os resultados mostram que de fato os dois grupos são equivalentes e não apresentam diferenças significativas com relação às variáveis sócio-demográficas, tais como idade (S304=42,7 (2,3); SAUT=39,6 (2,9) anos de idade), sexo (S304=50%, SAUT=47,40% do sexo masculino), status civil (S304=63,6%, SAUT=84,20% de solteiros), idade média do grupo no momento da primeira hospitalização psiquiátrica (S304=26 (1,9); SAUT=23,3 (0,6) anos de idade) e diagnóstico principal (S304=68,2% e SAUT=84,2% de esquizofrênicos).

Quanto ao tempo de hospitalização ao longo da vida, também não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, o tempo sendo de aproximadamente 4 anos de hospitalizações antes de receberem alta do hospital.

Quanto à dosagem equivalente-clorpromazina de medicação neuroléptica ingerida por dia, os dois grupos são também equivalentes estatisticamente (S304=815,00 mg, dp=920,69 e SAUT=844,84 mg, dp=668,57).

Tendo em vista estas equivalências entre os dois grupos, podemos ter um grau de confiança considerável ao avaliar os resultados dos grupos quanto às variáveis de tratamento e seu impacto na vida dos pacientes.

Avaliação do impacto do tratamento

Sintomas psiquiátricos. Podemos observar pela tabela 1 que, após 3 anos, de fato os pacientes do grupo preparado para a reinserção social apresentam um grau significativamente menor de sintomas psiquiátricos. Ao separarmos os itens referentes aos sintomas positivos (delírios, alucinações) e aos sintomas negativos (retraimento, apatia), verificamos que os dois grupos diferem basicamente quanto aos sintomas negativos ($F=14,87$, $p < 0,001$) e não quanto aos sintomas positivos. Os sintomas negativos são portanto os mais susceptíveis de serem influenciados por variáveis ambientais. Por outro lado, a análise evolutiva mostra que houve uma deterioração geral no tempo para os dois grupos.

Habilidades de vida. Os pacientes que participam do programa de reinserção social apresentam, 3 anos após

são desconhecidos para os pacientes e fornecem um acompanhamento menos individualizado e menos de perto. São ambientes residenciais onde os pacientes não participam das atividades cotidianas e permanecem bastante passivos e inativos.

Grau de liberdade do ambiente residencial. Com relação ao grau de liberdade de ir e vir e grau de privacidade que os pacientes podiam ter em suas residências, os resultados da análise MANOVA mostram que os pacientes do programa de reinserção social habitavam em ambientes com maior grau de liberdade, ainda mais os 11 pacientes discutidos acima (ver tabela 1).

É importante notar que liberdade e acompanhamento concernem dois conceitos distintos. De fato, embora tenham maior liberdade de ir e vir, de participar das decisões e de ter privacidade, estes ambientes apresentam, como vimos no item anterior, um acompanhamento mais de perto dos problemas dos pacientes, de suas atividades, necessidades e problemas. Por outro lado, os ambientes menos livres, mais restritivos, não forneciam um acompanhamento de perto e centrado nas necessidades dos pacientes.

Análise conjunta das variáveis

Para avaliar a influência conjunta de todas as variáveis estudadas, assim como sua importância relativa para explicar a duração das readmissões dos pacientes dos grupos S3C4 e SAUT, procedemos a uma análise de regressão múltipla. Incluímos as seguintes variáveis independentes: sexo, idade, a participação no programa de reinserção, a duração das hospitalizações anteriores, o nível dos sintomas psiquiátricos, o nível das habilidades de vida, o grau de liberdade fornecida pelo ambiente residencial e finalmente o fato de estar em um ambiente residencial com maior grau e continuidade de acompanhamento.

Os resultados mostram que o fator mais importante e que explica melhor o fato dos pacientes serem ou não rehospitalizados consiste na qualidade e continuidade do acompanhamento fornecido pelo ambiente residencial ($t=2,207$, $p < 0,05$).

Discussão

Os resultados do presente trabalho colocam em evidência a importância da infra-estrutura comunitária para garantir o sucesso da reinserção social dos pacientes na comunidade. Vimos, de um lado, que é importante fornecer um programa de reinserção social responsável pelo preparo e treinamento adequados dos pacientes antes da alta e por um encaminhamento efetivo, no dia-a-dia, após a alta para se prevenir as readmissões. Vimos que é importante que este programa acolha os pacientes nos momentos de crise por uns dias no hospital, reinserindo-os o mais rapidamente possível de volta para a comunidade. Com efeito, os resultados mostram que o programa de reinserção social foi eficaz, pois observamos diferenças significativas entre os grupos quanto às variáveis de habilidades de vida, de sintomas psiquiátricos e de níveis de tratamento requeridos pelos pacientes do programa, comparativamente aos do grupo controle.

Entretanto, ficou bem claro neste trabalho que não basta fornecer um programa de reinserção desta qualidade, com este grau de acompanhamento e engajamento da equipe da unidade de reinserção social. É preciso, além disso, que a estrutura comunitária que acolhe os pacientes na sociedade tenha algumas características importantes que passaremos a comentar.

Uma primeira característica importante é a *continuidade* entre a equipe do hospital e a equipe da estrutura comunitária na qual o paciente foi acolhido. No nosso trabalho, esta continuidade foi total para um subgrupo de 11 pacientes, pois os membros da equipe de suas residências comunitárias eram os *mesmos* que haviam trabalhado anteriormente na unidade de reinserção social. Ou seja, os pacientes estavam familiarizados com eles e com seus métodos de trabalho e de intervenção, já havia uma relação terapêutica estabelecida anteriormente. No nosso trabalho, somente os pacientes que foram morar em residências com esta equipe familiar é que apresentaram uma diferença significativa dos pacientes do grupo controle, com relação à variável "duração das rehospitalizações".

Em outras palavras, para que o doente mental reinserido na comunidade tenha um menor tempo de rehospitalização é necessário que haja esta continuidade das equipes terapêuticas. Tansella[33] deixa claro, na conclusão de sua análise dos 10 anos de experiência de saúde mental comunitária em Verona, Itália, que os *mesmos* membros da equipe devem acompanhar o paciente no atendimento dentro e fora da instituição. Harnois[17,18] e Corin e Harnois[9] insistem igualmente nesta característica da continuidade dos serviços psiquiátricos. Fachinelli[7] inclui a continuidade como um aspecto importante do planejamento dos serviços comunitários. Os presentes dados confirmam estas recomendações.

Este resultado talvez se explique pela dificuldade dos doentes mentais em entrar em relação com o outro, dificuldade de estabelecer familiaridade e de criar laços. Estas dificuldades teriam sido então menores para os pacientes que encontraram profissionais conhecidos nas residências comunitárias. Além disso, sendo os mesmos interventores, isto garante uma semelhança entre os métodos de intervenção e de organização do espaço-tempo nas residências aos quais os pacientes estavam acostumados, não havendo assim descontinuidade da rotina do dia-a-dia. Sabemos da dificuldade dos doentes mentais em mudar de método ou de rotina.

Uma segunda característica importante para garantir a qualidade da estrutura comunitária de reinserção social se refere à *especialização profissional* da equipe responsável pela residência comunitária. Com efeito, os únicos pacientes que apresentaram uma duração menor de rehospitalizações foram aqueles que foram acolhidos em residências comunitárias que possuem uma equipe profissional. Os demais moravam em residências onde os responsáveis são não-profissionais. Trata-se de um aspecto importante a ser discutido e considerado no planejamento da psiquiatria comunitária, pois os custos do serviço comunitário certamente aumentam se empregamos equipes profissionais nas inúmeras residências comunitárias.

Além dos dois aspectos mencionados acima, uma terceira característica importante a ser retida para garantir o sucesso da reinserção social dos pacientes é fornecer-lhes um ambiente comunitário que estimule sua *participação*

nas atividades cotidianas. De fato, no presente trabalho, os pacientes que foram bem sucedidos em termos de menor tempo de rehospitalização durante três anos participavam de um ambiente residencial, nos "foyers de grupo", onde se estimula cotidianamente a *participação* dos pacientes nas atividades da casa. Por exemplo, eles participam da organização e limpeza da casa e do preparo dos alimentos. Isto não ocorre nos outros tipos de residência, onde os pacientes são deixados à margem das decisões e da organização dos trabalhos da casa.

Finalmente, a quarta característica da estrutura comunitária que contribui para melhorar a qualidade de vida dos pacientes é a *capacidade de estimula-los a se manterem ativos*. No presente trabalho, é evidente o grau de estimulação fornecido pelos "foyers de grupo" especiais aos 11 pacientes que sofreram menor tempo de rehospitalizações. São ambientes que estimulam os pacientes a se engajarem em atividades de lazer ou ocupacionais dentro ou fora das residências. Como a equipe tem um plano individualizado de atendimento, que fixa objetivos e meios de alcançá-los, cada paciente é estimulado a realizar seus interesses e preferências pessoais para melhor se desenvolver. Nos demais tipos de residências, não havendo esta estimulação, os pacientes são mais passivos e inativos, vivendo muitas horas diárias de ociosidade. Ficou claro que as equipes não-profissionais dos outros tipos de residência têm uma tendência a deixar os pacientes no seu mundo, sem estimulá-los a participar de atividades de lazer e ocupacionais. Esta maneira de conceber o contato com o doente mental foi inclusive claramente verbalizada pelos responsáveis em entrevista.

Em resumo, o presente trabalho coloca em evidência dois aspectos essenciais a serem considerados na reinserção social dos doentes mentais para que se aumente a probabilidade de sucesso:

1. A qualidade do programa de reinserção social, incluindo: a preparação dos pacientes através de sua formação nas habilidades básicas necessárias para a vida cotidiana na comunidade; o acompanhamento individualizado, ambulatorial e domiciliar, freqüente e permanente, para garantir a satisfação das necessidades dos pacientes e prevenir os surtos; a acolhida dos pacientes em crise e sua rápida reorientação na comunidade.

2. A qualidade do ambiente residencial dos pacientes, incluindo: a presença de equipes que estejam em continuidade com o programa de reinserção do hospital; equipes profissionais ou especializadas em vez de leigos, em ambientes que incluem a participação ativa dos pacientes nas atividades da rotina da casa; equipes que estimulam atividades de lazer e ocupacionais dos pacientes; orientação individualizada, com plano de objetivos e meios a serem utilizados; além da exigência mínima do controle cotidiano da medicação.

Os presentes resultados confirmam as recomendações da literatura (Tansella[33], Harnois[17] e Bacharach[1]) e atestam a complexidade e as dificuldades de se reinserir doentes mentais na comunidade.

Trata-se de um processo que requer dos profissionais implicados uma atitude de prudência, uma disposição para se fazer um planejamento prévio cuidadoso, além de uma infra-estrutura comunitária suficiente e de qualidade, capaz de preencher os ingredientes ativos mencionados acima para uma reinserção bem sucedida. Finalmente, este processo evolui e se aperfeiçoa através da pesquisa avaliativa constante sobre os efeitos concretos obtidos com a reinserção social dos doentes mentais na comunidade.

Summary

Deinstitutionalization: the importance of community support

The deinstitutionalization of chronic mental patients has met some difficulties due to the inefficacy of the social reintegration programs. This research evaluates a group of patients participating in a deinstitutionalization program compared to a control group, three years after their discharge.

The results show that the target group presents less psychiatric symptoms, more daily life skills and less need of psychiatric treatment, but only a small sub-group presents less rehospitalization time, specifically those living in a special residential environment.

The authors emphasizes the importance of giving frequent and constant care to patients after discharge and the need to provide a residential environment with a professional staff who encourages the participation of the patients in daily activities and who is integrated to the hospital staff.

Uniterms: deinstitutionalization of chronic mental patients; continuity of care; community reintegration and services residential environment.

Referências

1. BACHRACH LL – Planning services for chronically mentally ill patients. Bulletin of the Menninger Clinic, 47(2): 165-185, 1983. • 2. BANDEIRA M – Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 40(7):355-360, 1991. • 3. BLAKE R – Boarding home residents: New underclass in the mental health system. Health and Social Work, 12(2):85-90, 1987. • 4. BOUTICIUS JK – Community based care in western Massachusetts. American Journal of Psychiatry, 148(6):816-817, 1991. • 5. BRESLIN NA – Treatment of schhizophrenia: current practice and future promise. Hospital and Community Psychiatry, 43(9):877-884, 1992. • 6. BROWN NB, PARRISH J – Community support and rehabilitation of the mentally disabled in the United States. International Journal of Mental Health, 15(4):16-23, 1987. • 7. CARPENTIER N, LESAGE A, GOULET J, LALONDE P, RENAUD M – Burden of care of families not living with young schizophrenics relatives. Hospital and Community Psychiatry, 43(1):38-43, 1992. • 8. CHASE K, HENDRY M – A continuum of care from hospital to community. Administration and Policy in Mental Health, 16(4):227-235, 1989. • 9. CORIN E, HARNOIS G – Continuité et articulation entre soins et accompagnement: notes preliminaires. Revue Pratique, 3, 17-21, 1989. • 10. CYR M, TOUPIN J, LESAGE A – L'évaluation des problèmes psychosocial chez des personnes ayant des problèmes psychiatriques graves. Rapport presenté au CGRS (RS-1378 m88), 1992. • 11. DORVIL H – Les caracteristiques du syndrome de la porte tournante à l'hôpital Louis H. Lafontaine. Santé Mentale au Québec, XII(1):79-89, 1987. • 12. DORVIL H, ELLIE R, CARPENTIER N – Etude comparative des réadmissions en psychiatrie chez les canadiens-français, les italiens, les haitiens de Saint Leonard e de Rivieres-des-Prairies. Rapport destiné au CGRS (RS 1539 088), 1991. • 13. FARKAS MK, RODGERS ES, THURER S – Rehabilitation outcome of long-term hospital patients left behind deinstitutionalization. Hospital and Community Psychiatry, 38(8):864-870, 1987. • 14. GAUCHER D – L'organisation des services en santé mentale au Québec: tendances actuelles. Sociologie et sociétés, XVII(1):41-49, 1985. • 15. FURMAN WM, LUND DA – The assessment of patient needs: description of the level of care survey. Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 1:29-37, 1979. • 16. GELLER JL, FISHER WH, WITH CJL, SIMON LJ – Second Generation deinstitutionalization. American Journal of Psychiatry, 147(8):982-987, 1990. • 17. HARNOIS GP et al – Projet de politique de santé mentale pour le Québec. Comité de la politique de santé mentale. Gouvernement du Québec, 1988. • 18. HARNOIS GP – Challenges to the reintegration of the mentally ill in Québec, Canada. Journal of Mental Health, 15(4):6-15, 1987. • 19. HERMAN NJ, SMITH CM – Mental hospital

deportulation in Canada: Patient perspectives. Canadian Journal of Psychiatry, 34(5):386-391, 1989. • 20. HONIFELD G, KLETT CJ – The nurse observation scale for inpatient evaluation. Journal of Clinical Psychology, 21:65-72. • 21. LESAGE, MORISSETTE R – Les resources résidentielles nécessaires à la poursuite de la désinstitutionalisation. Santé Mentale au Québec, XVI(2):60-68, 1989. • 22. LESAGE A, MORISSETTE R – Evaluation d'une unité de réinsertion d'un hopital psychiatrique. Rapport depose au CGRS, RS 1331-08, 1992. • 23. LESAGE A, CYR M, TOUPIN J, VAN HAASTER I – Etude d'une grille d'évaluation des besoins de soins des personnes souffrant de maladie mentale grave. le "needs for care assessment schedule" (NFCAS). Rapport presenté au CRSSMM, 1992. • 24. LOSSON JP, PARRATE J – Desinstitutionalization au Québec. Information Psyquiatrique, 64(10):1289-1298, 1988. • 25. MACCARTHY PA – Resettlement of mentally handicapped trainees from two psychiatric hospitals. Irish Journal of Psychological Medicine, 7(1):39-41, 1990. • 26. MORGADO A, LIMA LA – Desinstitucionalizacão: suas bases e a experiência internacional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 43(1):19-28, 1994. • 27. MORISSETTE R, LESAGE A – Avant-Projet Unité 304. Documento inédito. Hôpital Louis H. Lafontaine, Montreal, Canada, 1988. • 28. PRESLEY AS, GRUBB AB, SEMPLE D – Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 66:83-88, 1982. • 29. ROCHEFOT DA – More lessons, of a different kind: canadian mental health policy in comparative perspective. Community Psychiatry, 43(11):1083-1090, 1992. • 30. RYAN P – Residential care for the mentally disabled in Wing JK e Olsen R eds. Community care for the mentally disabled. Oxford University Press, Londres, 1979. • 31. SCHEPPER-HUGHES N – Has deinstitutionalization failed? Caveats and lessons from U.S. and Italy. Em: Regagard anthropologiques en psychiatrique. Montréal: editions du GIRAME, 161-177, 1988. • 32. TALBOT JA – Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past. New directions for Mental Health Services, Spr;37, 35-42, 1988. • 33. TANSELLA M – Community-based psychiatry: long-term patterns of care in South-Verona. Psychological medicine: Monograph supplement 19. New York: Cambridge University Press, 1991. • 34. TORREY EF – Continuous treatment teams in the care of the chronic mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 37(12):1243-1247, 1986. • 35. WALLOT H – L'ideologie de la desinstitutionalization en psiquiatrie. Information Psychiatrique, 6:1281-1286, 1988. • 36. WALLACE CJJ – Functional Assessment in Rehabilitation. Schizophrenics Bulletin, 4:604-630, 1986. • 37. WORLEY NK, LOWERY BJ – Could the process have been better for patients? Archives of Psychiatric Nursing, 2(3):126-133, 1983.

ecn

------ IDENTIFICAÇÃO DA CORRESPONDENCIA ----------

=LALC= 000359-95 SITUAÇÃO: PREPARANDO DATA: 09 05 95
CLASSE: SEND TIPO: CARTA RECEBIDO EM: 19 04 95
DOCMTO: S/N DATA DO DOCMTO:

------ IDENTIFICAÇÃO DO REMETENTE ----------

NOME: CLAUDIO CALS DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: R. VOLUNTARIOS DA PATRIA, 445/1007 - BOTAFOGO - 22270-000
CEP: CIDADE: RIO DE JANEIRO ESTADO: RJ

------ EMENTA ----------

RECEBIDA CARTA DO DR. CLAUDIO OLIVEIRA, COMUNICANDO QUE TEM ESTUDOS SOBRE DOENÇAS MENTAIS E OFERECE AJUDA NO QUE SEJA PRECISO. AFIRMA QUE A LEI PAULO DELGADO NÃO E COERENTE COM A REALIDADE DO DOENTE E SUA FAMILIA.

------ ANDAMENTO ----------

D20-04-95 CS ENVIADO TELEGRAMA AO DR. CLAUDIO OLIVEIRA, SOLICITANDO O REFERIDO MATERIAL.
D09-05-95 CS RECEBIDA CARTA DO DR. CLAUDIO CALS, FALANDO SOBRE PROBLEMAS DE DOENÇAS MENTAIS.

------ DESPACHO ----------

P/ DR
ROMERO

Rio, 27/11/95

Prezado Licio

Fiquei muito satisfeito com seu telegrama em que me pede mais sugestões ao projeto do Dep. Paulo Delgado. Estou hoje seguindo para os EEUU, onde passo uma semana e não me foi possível coletar todo o material para lhe enviar. Este mesmo material, que breve lhe enviarei, já está na posse do Paulo Alberto (Sen. Artur da Távola) amigo/irmão do João Paulo, meu colega de consultório. Se houver urgência, peço que você o procure.

Mas em síntese:

1- Existe Doença Mental! Não se pode extinguí-la por decreto. E nem sempre (o mais das vezes não o é) o agente agredido é a sociedade.

2- O Hospital Psiquiátrico (com H e P maiúsculos) ainda é o local para tratamento dessas afecções. Depósito de loucos é diferente de um Hospital Dinâmico, que procura se atualizar, que o equipa bem e dá condições mínimas, humanas, para o extremamente carente ser tratado com dignidade.

3- O médico é aquele que estudou a vida

alerta para poder diagnosticar, indicar o tratamento e estabelecer o processo terapêutico assim como quando deve dar alta. É gozado, curioso, para não fazer outras suposições, dar a advogados ou juízes o poder de fazer essas avaliações, eminentemente técnicas. Não é o cúmulo um advogado ou juiz dizer se o médico pode ou não fazer uma apendicectomia? Apendicite é igual a ~~esquizofrenia~~: ambos os quadros são DOENÇAS! E quem conhece doença e o modo e o como tratar é o médico.

4 - Desospitalizar é promover um holocausto branco! Como colocar na rua incapacitados de pensar, de ajuizar, de decidir de agir? Tornar-se-ão membros frágeis das populações de rua, certamente. Isto é Fascismo disfarçado pelos petistas que, cá entre nós, são amorgantes e donos da verdade. Olha o patrulhamento que estão fazendo com o José Genoino que se propôs a PENSAR!! A cartilha está pronta e que se faça tudo o que seu mestre mandar. Assim é na saúde mental onde o xiitismo se instalou e tudo o que contraria a cartilha deles é pouco inteligente,

mercantilismo, capitalismo, lobotagem e outros e muitos agelidos.

Muitos profissionais de psiquiatria, nacionais e estrangeiros, já emitiram opiniões, enfáticas, a respeito do que está se promovendo contra o doente mental e seus familiares. O ex-presidente, atual secretário da Associação Mundial de Psiquiatria, o colega Brasileiro, Prof. Jorge Alberto Costa e Silva é muito claro ao desmascarar os "revolucionários da saúde mental". Paulo Alberto tem cópia de todos esses pronunciamentos.

Caro Lúcio, eu só estou apelando a você p/ confiar no seu bom senso e vem de longe esta nossa convivência que me permite acreditar que você acabará p/ achar uma solução em prol do paciente, que é dele de quem devemos nos ocupar.

Por último, esquizofrênico, sem juízo crítico, c/ delírio de grandeza, alucinando, perseguido, como poderá concordar em ser alternado p/ livre e expontâneo arbítrio. Coisa de gente que nunca pisou em um Serviço de Doença Mental.

Desculpe a prolixidade, pois sei q. seu tempo é precioso. Aceite um abraço do amigo Cláudio

PS = V.V.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Brasília, 11 de Maio de 1.995

Exmo. Sr.
Prof. Dr. Adib Domingos Jatene
MD. Ministro de Estado da Saúde
Brasília - DF

Senhor Ministro

Cumprimentando V. Exa., expressamos nossos agradecimentos pela atenção de nos conceder esta audiência. Mais ainda, Ministro, o nosso reconhecimento pelo trabalho que v. Exa. vem empreendendo de forma eficiente à frente desse Ministério.

Nós, prestadores de serviços, apresentamos a V. Exa. algumas considerações sobre a discussão da legislação psiquiátrica no Brasil, para, ao final, concluir e solicitar:

1 - Somos plenamente favoráveis à implantação de uma nova lei que normatize a assistência aos enfermos mentais em nosso país.

2 - Tramita, atualmente, no Congresso Nacional, Projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado que se distancia muito de uma lei psiquiátrica recomendável para o Brasil,

2.1 - O PLC-008, nasceu em 1.989, como "papel carbono" de uma Lei Italiana, surgida em 1.978, que propunha a extinção dos hospitais psiquiátricos, considerando-os, na época, instrumento de opressão das chamadas classes dominantes no mundo capitalista. Essa lei fazia parte de uma tendência político-ideológica de 30 anos atrás, chamada Anti-Psiquiatria.

Taisidéias hoje estão totalmente superadas, inclusive na própria Itália, onde atualmente lá existem mais de 100 hospitais especializados em Psiquiatria e dezenas de S.P.D.C.(Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura), e que são hospitais psiquiátricos de até 120 leitos.

2.2 - O Projeto também está desatualizado, do ponto de vista científico. A Organização das Nações Unidas, em Assembléia Geral aprovou e publicou, em dezembro de 1.991, os "Princípios Para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Metal e Melhoria da Assistência à Saúde Mental", recomendando que qualquer legislação Psiquiátrica atual, em todo o mundo, obedeça fundamentalmente a esses princípios (Anexo 1).

SHIS - QI 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL.: (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2576 - CEP: 71645-120

O Projeto Delgado não só os desconhece, como deles diverge. Omite, por exemplo, as liberdades fundamentais dos enfermos e seus direitos básicos (princípios 1 a 12 da ONU) sem os quais qualquer Lei é incorreta e, consequentemente, injusta.

O mesmo se dá em relação aos princípios 13 a 16 que rezam sobre "direitos e condições de vida que devem ter os enfermos mentais quando estiverem se tratando em estabelecimento de saúde mental". Logo, o Projeto de Lei em andamento já se mostra carente de reparos e atualização. Afinal, já se passaram 06 anos e o projeto, na época, visava essencialmente a extinção dos hospitais psiquiátricos, idéia hoje universalmente suplantada.

2.3 - Os últimos países que elaboraram suas legislações psiquiátricas, entre os quais destacamos o Canadá, Inglaterra, Espanha, México e, por último, a França (anexo 2), respeitaram os princípios da ONU. E porque a legislação psiquiátrica Brasileira não seguir essa linha universal?

2.4 - O Projeto, logo na sua Ementa, anuncia:

Extinção dos manicômios" e no Artigo 1o. já fala em Hospital Psiquiátrico (Anexo 3). Como se vê, há uma perversa intenção de confundir os dois ambientes. Manicômio é estabelecimento medieval, gigante, de regime asilar. O Hospital Psiquiátrico é uma instituição moderna, atende a um número limitado de pacientes, preocupa-se com a assistência psicoterápica e medicamentosa e reintegração social e familiar do paciente.

Como extinguir todos hospitais psiquiátricos de um país, se isto não foi feito em parte alguma do mundo?

2.5 - O Projeto em questão vem sendo tocado por um partido político que, dia a dia, cada vez mais se identifica com sua ideologia partidária.

São vários os projetos de leis estaduais derivados do PLC - 008:

1 - Minas Gerais - Antônio Carlos Pereira/Antônio Fuzato - PT
2 - Rio de Janeiro - Carlos Minc/Rose Souza - PT
3 - Pernambuco - Humberto Costa - PT
4 - Santa Catarina - Idelvino Furlanetto - PT
5 - Rio G. do Norte - Júnior Souto - PT
6 - Rio G. do Sul = Marcos Rolim - PT
7 - Ceará - Mário Mamede - PT
8 - São Paulo - Roberto Gouveia - PT
9 - Distrito Federal - Wasny de Rouse - PT

2.6 - O PLC - 008 tem uma visão autoritária, tendo nascido sem consultas prévias, nunca discutido em plenário e se distancia, na sua origem, dos fatos e dos costumes do povo. Deveria ser um projeto consuetudinário.

2.7 - Nunca deverá ser confundido lei psiquiátrica com reforma psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica é um fato necessário, vem ocorrendo desde 1.990 através de Portarias do Ministério da Saúde e tem recebido, continuamente, a colaboração e contribuição da rede hospitalar privada.

SHIS - QI 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL.: (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2576 - CEP: 71645-120

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Os hospitais psiquiátricos, após elevados investimentos, estão, hoje, aparelhados com equipes muitiprofissionais, formadas por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais, na proporção de uma equipe para 40 pacientes. Isto permite, inegavelmente, oferecer uma assistência de muito melhor nível e qualificação especializada.

3 - Conclusão

Senhor Ministro! O leque das desordens mentais é imenso. Os acometidos de distúrbios leves podem tratar-se em qualquer tipo de hospital ou, em sua grande maioria, em serviços intermediários e ambulatoriais. Os pacientes padecendo de distúrbios mentais graves que tenham afetado fortemente seu relacionamento familiar e social, obviamente, devem ser tratados em hospitais psiquiátricos bem estruturados. Esse é o comportamento adotado em todos os países desenvolvidos.

Não há, portanto, sistema de atendimento alternativo para esse tipo de doente grave, para o qual o Hospital Psiquiátrico é indispensável.

Enfim, pelo exposto, solicitamos:

1 - Que o Ministério da Saúde analise, aprofunde e formule juízo atual sobre o Projeto em foco.

2 - Que o Ministério da Saúde sugira ao Legislativo, a elaboração de um substitutivo, onde sejam respeitadas as linhas gerais da Carta de Princípios da ONU.

Respeitosamente,

Silio Nascimento Andrade
Pres. Dep. de Psiquiatria da FBH

Milton Marques Medeiros
Dep. Psiq. da CNS

SHIS - QI 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL.: (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2576 - CEP: 71645-120

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

SRTN 702 ED. BRASÍLIA RÁDIO CENTER
SALA 3085 TEL (061) 223-2645 - 223-5292
CEP 70719

TELEGRAMA RAPIDEZE CONFIABILIDADE A SUA DISPOSIÇÃO
CORREIOS
TELEGRAMA FONADO
É CÔMODO. TELEFONE PARA A ECT HOJE E PAGUE DEPOIS

Romero

8

8801 C ALMO
FAMO2/90 1204 1140
MACEIO/AL

URGENTE PC
SENADOR LUCIO ALCANTARA
SENADO FEDERAL
PRACA DOS TRES PODERES
70160-900 BRASILIA/DF

CONSIDERANDO A TRAMITACAO DO PROJETO PAULO DELGADO, ROGAMOS
A VOSSA EXCELENCIA ATENCAO PARA AS SUGESTOES APRESENTADAS
PELA FEDERACAO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. PARTICULARMENTE
RESSALTAMOS AS MODIFICACOES PRODUZIDAS PELA PORTARIA
MINISTERIAL N/0224 ASSIM COMO O QUE OCORRE EM OUTROS
PAISES QUANTO A ASSISTENCIA PSIQUIATRICA E A REALIDADE
BRASILEIRA. ATENCIOSAMENTE
DR NELSON JOAO PRESMICH
PRESIDENTE DA SMA
DR AGANTAGELO VASCONCELOS
1/O SECRETARIO

REMETENTE
SOCIEDADE DE MEDICINA(SILVINHA)
R BR DE ANADIA 05 CENTRO
MACEIO/AL 57020-630

8

8801 C ALMO

Dr. Cláudio Cals de Oliveira
Médico

Rio 14/5/95

Prezado Fúcio

Como lhe prometi, aqui vão os documentos e alguns comentários meus, a respeito do projeto de lei do sr. Delgado. Fico com cócegas de fazer outros mas acho que os subsídios que você tem já são suficientes para uma opinião isenta. Se você achar necessário, vou até aí para um contato pessoal. É só marcarmos.

CRM - 52 11605 - 6
CPF - 042100507/68

Rua Voluntários da Pátria, 445/1007
Tel. 246-1740 - Botafogo - RJ

Uma última consideração: é uma tentativa de desmoralização da classe médica e em especial do psiquiatra com efeitos nocivos sobre quem precisa de tratamento, ou seja, o doente mental e sua sofrida família. É também uma desconsideração com o político, o administrador, o governo, que fica impedido de fazer alguma coisa que ache necessário em um determinado tempo. Enfim, é isto aí.

A vontade de conversar é grande!

Receba um grande abraço

Cláudio

FROM : A. F. D. M.
PHONE NO. : +55+021 537 4575 Apr. 25 1995 04:15PM P4

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 3.657, DE 1989

(Do Sr. Paulo Delgado)

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

(As Comissões de Constituição e Justiça e Redação; e de Saúde, Previdência e Assistência Social.)

O Congresso Nacional decreta:

OBS 1

Art. 1.º 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. 2.º 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, com unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

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

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

OBS 2

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

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

1

OBS 1 → Como proibir construções ou contratações de serviços se houver doentes mentais necessitando de tais serviços, para tratamento? Será o sr. Delgado Profeta para saber o futuro? Desde sempre houve doença mental e não é fechando hospitais que haverá a cura do paciente necessitado.

OBS 2 → A autoridade pública também deverá ser comunicada se uma pessoa sofrer infarto e for internado? Se tiver um apendicite agudo e for operado de urgência? DOENÇA MENTAL é tão doença quanto apendicite e infarto. INTERNAR NÃO É PRENDER OU CONFINAR. É a diferença fundamental. Por quê JUIZ E ADVOGADO?

FROM : A. F. D. M. PHONE NO. : +55+021 537 4575 Apr. 25 1995 04:17PM P6

OBS 3 → 3

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

OBS 4 → 1

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

OBS 5 → 4

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

Art. 4.º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei n.º 24.559, de 3-7-1934.

II

Justificação

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequando 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, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto, desde o paradigmático "Manual de Serviço", do antigo INPS, em 1973, de que foi co-autor o Prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da luta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão "disciplinar" e "controlar" a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo de fato a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

OBS 6 →

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

OBS 3 → Há quadros de doença mental em que o juízo crítico está absolutamente ausente. O autor do projeto sabe disso?

OBS 4 → Defensor público é incompetente tecnicamente para tais avaliações.

OBS 5 → IDEM

OBS 6 → Anexo pronunciamentos de expressivos profissionais de saúde mental, inclusive o do Prof. Jorge Alberto Costa e Silva, em 1991 - PRESIDENTE da Associação Mundial de Psiquiatria, com sede na Suiça.

FROM : A. F. D. M. PHONE NO. : +55+021 537 4575 Apr. 25 1995 04:15PM P5

Judiciária intervém sistematicamente, cerceando o poder de sequestro do 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.

III

LEGISLAÇÃO CITADA, ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES PERMANENTES

DECRETO N.º 24.559, DE 3 DE JULHO DE 1934

Dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas.

Art. 1.º 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.

OBS 1 → (1)

Art. 2.º Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos juízes 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 Psiquiátricas, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública 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.

§ 1.º 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. 7.º do citado Decreto. (DO de 8-6-54.)

— Decreto n.º 857, de 12 de novembro de 1851 — Explica o art. 20 da Lei de 30 de novembro de 1841 relativo à prescrição da dívida ativa e passiva da Nação.

Art. 5.º 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 compreen-

OBS 1 - 1º) PSICOPATA é' termo inadequado para o doente mental, o psicótico, o neurótico, etc. Aí há mostras do desconhecimento do q. é' a pessoa enferma da mente.

2º) Advogado, Juiz, etc entendem de lei. Quando é' necessária uma opinião, eles pedem ao perito que é', em geral, PSIQUIATRA. Tendem a desconhecer os anos e anos de estudos do médico e nos reduzem a nada. Esta é' a sina da profissão que, a meu ver, deve ser protegida destas invasões que nos movem desde sempre.

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
SEDE PRAÇA MAHATMA GANDHI, 2 - GRUPO 1.001 - CEP 20018 - RIO DE JANEIRO - TEL.: 210-3216

p/ Exame urgente
Lucia

SUBSÍDIOS PARA A

REMODELAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL

- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO -

- CÂMARA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL -

A Câmara Técnica de Saúde Mental (CTSM), do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), tendo como Coordenador o Conse - lheiro Dr. Paulo Cesar Geraldes, como Secretário Dr. José Hélio de Mello e como Membros integrantes Dr. Alexandre Lins Keusen, Drª Lúcia Abelha Lima, Dr. Miguel Chalub, Dr. Raffaele Infante e Dr. Roberto Airthon Pieda de, após estudar os ducmentos relativos à questão da assistência de Saúde Mental em nosso país, vem propor o que entende como alternativa de Remode lação da Rede Assistencial de Saúde Mental sob a forma de Projeto de Lei.

Muito se tem falado e discutido sobre a questão assistencial na área de Saúde Mental, indicando-se, como fator comum, a necessidade de reformas. A CTSM, entretanto, entende que é necessário mais do que isto: ao invés de reforma (mudança, modificação), é imprescindível a remode lação (refazer com modificações profundas) do sistema assistencial, de forma efetiva e profressiva, sem se deixar levar por propostas inadequadas à nossa realidade e, portanto, inexequíveis.

A CTSM utilizou como documento fundamental os Princípios Para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e Para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 17 de dezembro de 1991, e como material acessório: Constituição de 05 de outubro de 1988 (arts. 196 a 200); Lei Orgânica de Saúde (nº 8.080 de 19 de setembro de 1990); Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana (nº 180 de 13 de maio de 1978); Lei nº 2.022, do Estado do Rio de Janeiro (sobre pensão pública comunitária); Decreto-Lei nº 24.559, de 03 de julho de 1934; Lei nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961; diversas portarias e resoluções federais e estaduais; projeto de Lei nº 8/91 (sobre a extinção progressiva dos manicômios) e seus sub-produtos (substitutivo Bisol, substitutivo Lucídio Portela, emendas Beni Veras, emendas José Fogaça); e, os projetos de Lei Estadual nº 573 (sobre Conselho de Reforma Psiquiátrica) e nº 574 (sobre direitos dos doentes mentais).

Os princípios que nortearam o presente projeto de Lei são os seguintes:

a - manter e ampliar os níveis de investimento público na área de Saúde Mental, evitando-se a degradação dos equipamentos dos Serviços ora existentes;

b - considerar como relevantes o aumento vegetativo da população com conseqüente aumento da prevalência de doença mental, aumento da população de idosos, além de outros fatores, como seqüelas de acidentes de trânsito, uso de drogas, complicações psíquicas da AIDS, etc;

c - evitar a diminuição da oferta de serviços assistenciais nos hospitais públicos que acarretaria, em conseqüência, o aumento das internações na rede privada, já que esta se tornaria a única alternativa para internações;

d - considerar que a extinção da rede hospitalar pública não afetaria as classes sociais mais abastadas e os beneficiários de seguros de saúde privados, que poderão sempre utilizar a rede privada, o que não acontecerá com as classes sociais mais pobres, mais uma vez penalizadas;

e - nenhum recurso assistencial deve ser extinto antes da construção dos recursos comunitários alternativos;

f - investir na Remodelação da Rede Assistencial de Saúde Mental pública e controlar e fiscalizar a rede privada complementar;

g - utilizar os parâmetros da OMS para adequar e dimensionar os quantitativos e qualitativos assistenciais necessários para o país;

h - atribuir ao nível estadual a coordenação do processo de Remodelação, segundo os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização das ações de saúde;

i - garantir que os atuais espaços psiquiátricos continuarão servindo à saúde, e, em particular à Saúde Mental;

j - incluir nas diversas instâncias operacionais da Remodelação a participação dos profissionais de Saúde Mental, dos usuários, dos familiares e das unidades assistenciais;

l - definir e diferenciar a internação voluntária da involuntária e garantir a qualquer pessoa, e, principalmente ao usuário, o direito de questionar e anular prescrições abusivas;

m - instituir no próprio nível institucional mecanismos de salvaguarda dos usuários, com participação efetiva do Poder Judiciário.

O presente estudo da CTSM não pretende extinguir ou dar por encerradas as discussões sobre a questão assistencial de Saúde Mental, mas seus membros entendem que o rumo apontado pelas análises e propostas feitas avança sobremaneira na possibilidade de uma verdadeira e total Remodelação da Assistência de Saúde Mental que a sociedade brasileira precisa e merece.

CONSº DR. PAULO CESAR GERALDES
Câmara Técnica de Saúde Mental
Coordenador

PROJETO DE LEI Nº _____

Dispõe sobre a Remodelação da Rede Assistencial de Saúde Mental e os direitos dos usuários e regulamenta as internações psiquiátricas.

Art. 1º - As atividades assistenciais de Saúde Mental centram-se nos recursos comunitários.

Parágrafo 1º - Os níveis de recursos humanos, materiais e financeiros aplicados pelo poder público na área de Saúde Mental serão mantidos e/ou ampliados, e, progressivamente, centrados no âmbito comunitário.

Parágrafo 2º - Os parâmetros a serem considerados nas atividades assistenciais de Saúde Mental, inclusive o total de leitos psiquiátricos, são os recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Parágrafo 3º - Os recursos da assistência hospitalar, que forem relocados para outras modalidades assistenciais de Saúde Mental, devem ser, prioritariamente, aplicados na rede comunitária pública.

Parágrafo 4º - Os recursos que integram a rede comunitária são os seguintes: hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, lares assistidos, lares protegidos, unidades de Saúde Mental em hospital geral, pensões comunitárias, ambulatórios, unidades emergenciais e outros.

Parágrafo 5º - O poder público estimulará a criação de outras modalidades interdisciplinares de atenção de Saúde Mental, de caráter regional, através de pesquisas.

Art. 2º - A extinção dos serviços ora existentes ficará condicionada á criação dos novos recursos assistenciais prescritos nesta lei.

Art. 3º - O controle e fiscalização do investimento de recursos na Remodelação da Rede Assistencial de Saúde Mental é de competência do setor público, ficando a coordenação da operacionalização do processo de transformação a cargo do nível estadual de poder.

Parágrafo Único - Fica criado, na instância estadual, o Conse -

lho Estadual de Saúde Mental, integrado por representantes dos profissionais de Saúde Mental, dos usuários, dos familiares, do poder público e de unidades assistenciais, sendo sua função a remodelação e acompanhamento da Rede Assistencial de Saúde Mental.

Art. 4º - Em cada instituição que admita internação hospitalar psiquiátrica haverá uma Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica, integrada pelo Médico Responsável Técnico da instituição, dois médicos indicados pelo Conselho Regional de Medicina local, um representante dos usuários ou familiares e um representante do Poder Judiciário.

Art. 5º - A internação psiquiátrica, voluntária ou involuntária, será prescrita por médico e, no segundo caso, referendada por outro médico.

Parágrafo 1º - Considera-se internação voluntária a que tenha o consentimento do usuário, e, internação involuntária a que não tenha o seu consentimento.

Parágrafo 2º - A internação involuntária não poderá exceder a duração de 5 (cinco) dias e, findo este prazo, a decisão sobre sua continuação será de competência da Comissão Revisora de internação Psiquiátrica.

Parágrafo 3º - A internção psiquiátrica voluntária poderá ser transformada em involuntária quando perder o consentimento do usuário e persistir a necessidade, atestada por médico, de sua continuação, caso em que será apreciada de imediato pela Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica.

Art. 6º - Fica estabelecido o prazo de 6 (seis) meses, a contar da data da publicação desta lei, para sua regulamentação.

Art. 7º - 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 03/07/1934.

EMENDA SUBSTITUTIVA ao Projeto de Lei da Câmara n. 8/91

Dispõe sobre a Reforma Psiquiárica no Brasil, determina a adequação dos diversos serviços de atenção integral à saúde, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias , e dá outras providências".

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

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

Parágrafo Único - A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internando formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

Art. 2o. - A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa adequação dos diversos recursos assistenciai e de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psiquiático, em uma rede integrada e variada dos serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais especializados, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, cooperativas, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 3o. - Será permitida a construção de serviços psiquiátricas de acordo com as demandas loco-regionais, a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde, seguido de parecer final das Secretarias e respectivos Conselhos Estaduais de Saude.

Art 4o. - Quando da construção de hospitais gerais nos Estados, será requisito imprescindivel a existência de serviço de atendimento para pacientes que padecem de sofrimento psiquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos loco-regionais.

Art. 5o. - Às instituições privadas de saúde é assegurada a participação no sistema estabelecido em Lei, nos termos do Art. 199 da Constituição Federal.

DA REDE DE ATENDIMENTO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

Art. 6o. - Os recursos assistenciais previstos no Art 2o. desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários niveis de governo, de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, sendo competëncia dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde a fiscalização do processo e o exame das condições estabelecidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Art. 7o. - A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais.

Parágrafo Único - As Prefeituras Municipais providenciarão, em cooperação com o representante do Ministério Público local, a formação de Conselhos Comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão como função principal assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que foram internados.

DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS COMPULSÓRIAS

Art. 8o - A internação psiquiátrica compulsõria é aquela realizada sem o expresso consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

Parágrafo 1o. - Haverá dois tipos de internação psiquiátrica compulsória:
I - Internação de emergëncia, de no máximo 72 horas.
II - Internação involuntária propriamente dita, que supera o prazo de 72 horas.

Parágrafo 2o. - Cada condição deverá ser comunicada por laudo médico, no prazo de 72 horas, à autoridade do Ministério Público.

Parágrafo 3o. - A autoridade do Ministério Público zelará pela formação de juizo sobre a necessidade e legalidade da internação.

Art. 9o. - O Ministério Público realizará, a seu juizo, vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta Lei.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art 10 - Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar, e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para a sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniëncia.

Art. 11 - Caberá ao Ministºerio da Saúde definir as normas e mecanismos de controle e avaliação, e as Secretarias Estaduais de Saúde garantir a execução dos fins desta Lei.

Art. 12 - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, os Estados procederão a reavaliação da Reforma Psiquiátrica quanto aos seus rumos e ritmo de implantação.

Art. 13 - 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 de julho de 1934.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS

Brasília, 20 de Abril de 1.995

Exmo. Sr. Dr.
Senador Lúcio Alcântara
Senado Federal - Gab. 53
Brasília - DF

Senhor Senador

Em aditamento a nossos entendimentos verbais, vimos apresentar os resultados de estudos relativamente à elaboração de um possível substitutivo ao Projeto de Lei 008 do Senado Federal, No. 3.657 na origem.

Para a produção do anexo, buscamos subsídios em documentos atualizados e acreditados, principalmente os "PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL" da Organização das Nações Unidas, de 17 de Dezembro 1.991, além de documentos legais de nosso país.

Na certeza de que nossa modesta colaboração poderá ser de utilidade na regulamentação da assistência psiquiátrica em nosso meio, através de uma lei consentânea com as nossas realidades, colocamo-nos a disposição de V. Excia. para prestar esclarecimentos adicionais que, eventualmente, possam se fazer necessários.

Respeitosamente,

Silio Nascimento Andrade
Pres. do Dep. de Psiquiatria

Milton Marques Medeiros
Secretário do Dep. de Psiquiatria

SHIS - QI 17 - CONJ. 12 - CASA 14 - TEL.: (061) 248-7977 - FAX: (061) 248-2576 - CEP: 71645-120

SENADO FEDERAL

PROPOSTA DE SUBSTITUTIVO P.L. C-8

Dispõe sobre a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais, seus direitos fundamentais, regulamenta o tratamento voluntário e involuntário, estabelece a continuidade do atendimento extra-hospitalar, estrutura assistência à saúde mental e seus serviços e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1°- As pessoas com doenças mentais, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais garantidos segundo o Artigo 5o. da Constituição Brasileira.

§ 1° - A determinação de que a pessoa é portadora de enfermidade mental deve ser balizada por parâmetros clínicos internacionais e nunca baseada em critérios políticos, econômicos, de nível social, ou, qualquer outra razão que não esteja diretamente relacionada com a saúde mental.

§ 2° - Não serão fatores determinantes para o diagnóstico de enfermidade mental: os conflitos familiares, profissionais, de conformidade ou não com os valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou, com as crenças religiosas prevalecentes na comunidade da pessoa.

§ 3°- Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora de enfermidade mental, fora dos propósitos diretamente relacionados com a doença e suas conseqüências.

Art. 2° - Todo paciente terá direito de receber cuidados de modo apropriado às suas necessidades de saúde e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas enfermas.

§ 1° - O paciente será protegido de danos, inclusive medicação não justificada, de possíveis abusos de outros pacientes, funcionários, equipe técnica ou outros atos que causem sofrimento mental ou físico.

§ 2° - O paciente terá direito a ser tratado em ambiente menos restritivo ou invasivo possível, e, o tratamento será baseado em um plano prescrito individualmente, discutido com o paciente, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissionais qualificados.

§ 3° - A assistência prestada aos enfermos mentais será sempre oferecida atendendo aos princípios éticos seguidos pela equipe técnica, respeitadas as leis vigentes.

Art. 3° - A medicação utilizada nos tratamentos deverá ser empregada visando estritamente as desordens mentais do paciente, devendo ser, portanto, administrada apenas com propósitos terapêuticos e nunca com objetivo de punição, ou, para conveniências outras.

§ Único - Qualquer tratamento deverá ser conduzido visando a mais rápida remissão do quadro clínico e reinserção social do enfermo mental em sua comunidade.

Art. 4° - O tratamento voluntário será realizado em enfermo mental capaz de entender seu caráter terapêutico.

§ 1° - O tratamento voluntário será realizado mediante documento assinado pelo paciente, obtido livremente, sem ameaças, após esclarecimentos apropriados ao enfermo, através de informações adequadas e inteligíveis ao nível de compreensão do mesmo.

§ 2° - O paciente em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, logo após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com as leis vigentes.

§ 3° - O paciente tem o direito de recusar ou interromper seu tratamento, voluntariamente, em qualquer etapa da assistência.

§ 4° - É assegurada a uma pessoa internada em estabelecimento de saúde mental:

a) liberdade de comunicação que inclui comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento e pessoas do seu círculo de relacionamento;

b) liberdade de enviar e receber comunicação privada;

c) liberdade de receber, privadamente, visitas de seu relacionamento pessoal, em horários semelhantes às visitas de outros internados;

d) o ambiente e condições de vida num estabelecimento de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normal das pessoas de sua comunidade.

Art. 5° - O tratamento involuntário se caracteriza quando o quadro clínico implicar em risco para o paciente, familiares, círculo vicinal, ou, simplesmente, porque o seu estado psíquico exija tratamento adequado, havendo recusa do enfermo em submeter-se ao mesmo, ou a família se sentir na impossibilidade de assumir o ônus de seus cuidados assistenciais.

§ 1° - O tratamento involuntário deverá ser comunicado pelo médico que o proceder, através de laudo circunstanciado e no prazo de 48 horas, à autoridade judiciária local, preferencialmente ao Ministério Público.

§ 2° - Estando o paciente incapacitado para compreender as informações pertinentes ao seus direitos, elas deverão ser prestadas ao seu representante legal que legitimou o tratamento.

§ 3° - O Ministério Público poderá requisitar informações complementares ao responsável pelo tratamento e ao diretor clínico do estabelecimento, ouvir o paciente, preferencialmente através de outro especialista designado, seus familiares, tudo com o objetivo de esclarecer as condições e motivos que geraram o tratamento involuntário.

§ 4° - A alta do paciente involuntário, após remissão do quadro mórbido, ou melhora que permita a continuidade de tratamento extra-hospitalar, deverá ser autorizada, preferencialmente, pelo especialista que acompanhou o tratamento, juntamente com o diretor clínico.

§ 5° - A alta hospitalar deverá ser comunicada ao representante do Ministério Público e ao administrador do órgão que autorizou o tratamento.

Art. 6° - O Ministério da Saúde se encarregará da implantação, coordenação e operacionalidade técnico-administrativa da assistência psiquiátrica a nível federal, estadual e municipal, respeitadas as atribuições constitucionais e legais de competência, bem como o caráter hierarquizado e integrado do Sistema Único de Saúde.

§ 1° - A Secretaria Estadual de Saúde , até 180 dia após a promulgação dessa lei, deverá instalar comissão encarregada da implementação do que estabelece a presente lei, composta de forma paritária entre representantes da Secretaria de Saúde, trabalhadores de saúde mental, usuários dos serviços e seus familiares, representante da comunidade acadêmica e de associações dos prestadores de serviços privados e sob a coordenação e presidência do representante da Secretária de Saúde.

§ 2° - Qualquer membro da comissão referida no parágrafo anterior tem o direito de representar junto ao Ministério Público local, sobre eventuais transgressões na aplicação dessa lei, no âmbito de sua competência, especialmente aquelas referentes aos tratamentos involuntários, ou da eventual marginalização e abandono nas ruas dos pacientes, egressos de estabelecimentos de saúde mental ou não.

§ 3° - Qualquer membro da comissão de que trata o parágrafo anterior poderá encaminhar representação ao Ministério Público, quando um fato relevante ocorrer, enviando cópia da representação ao presidente da comissão referida no **§ 1** do presente artigo, com cópia para a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, como órgão responsável maior pela implementação, fiscalização e controle do sistema de assistência psiquiátrica a nível federal.

§ 4° - As Secretarias Municipais de Saúde de municípios que tenham serviços de saúde mental constituirão comissões com composição semelhante às comissões estaduais, com as mesmas atribuições ou objetivos, relacionando-se com o Ministério Público local e com a Comissão Estadual.

Art. 7° - A assistência psiquiátrica é de responsabilidade do Estado, da Sociedade e da Família.

§ 1° - Os serviços assistenciais hospitalares e extra-hospitalares, serão instalados com recursos públicos ou privados, levando em conta:

a) avaliação do custo e do benefício assistencial que tal serviço trará ao paciente; b) distribuição planificada desses novos serviços;

c) definição de fontes de financiamento.

§ 2° - A assistência à saúde mental poderá ser prestada pelos seguintes serviços:

I - ambulatório psiquiátrico, serviço destinado à consulta e tratamentos psiquiátrico e a dispensação de medicamentos;

II - ambulatório de egressos, destinado, preferencialmente, ao seguimento terapêutico de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos;

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

IV - emergência psiquiátrica no pronto socorro geral, serviço integrado e contínuo por médicos especializados no atendimento de emergência psiquiátrica;

V - leitos psiquiátricos em hospital geral, serviços destinados a internações de pequena permanência e assistência clinica e cirúrgica aos enfermos mentais;

VI - unidade psiquiátrica em hospital geral, serviço de, no máximo, 30 leitos e sujeito às mesmas normas técnicas e operacionais do hospital psiquiátrico.

VII - hospital psiquiátrico, serviço destinado a assistência integral aos doentes mentais, funcionando em regime de hospitalização;

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

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

X - centros de convivência, espaço terapêutico que dispõe de ambiente para a convivência e recreação de pacientes, incapacitados temporária ou definitivamente para o trabalho mas já reintegrados à família;

XI - hospital de custódia e tratamento, unidade dentro da jurisdição da Secretaria de Justiça ou Saúde, destinada à internação compulsória de pacientes sub-júdice, autorizada por juiz competente ou diretor de estabelecimento penal .

Art. 8° - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revongando-se as disposições em contrário.

COMENTÁRIOS

Na elaboração destes subsídios para um eventual substitutivo ao Projeto Delgado, ora na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, partimos do pressuposto de que, depois da publicação por parte das Nações Unidas de dois documentos, o primeiro datado de 02/02/91 da Comissão de Direitos Humanos, em sua 47a seção, que trata dos "princípios de proteção de pessoas com doenças mentais e para o tratamento de insanidade mental" e, o segundo informe, de 17/12/91 "Princípios para Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para Melhoria da Assistência à Saúde Mental", (publicado um ano após à Conferência de Caracas, dois anos após o Projeto Delgado e treze anos depois da Lei Baságlia) tornou-se extremamente mais simples e possível, a elaboração de planos de assistência aos enfermos mentais, praticamente diriminido-se as querelas a respeito de exigências quanto à defesa da cidadania do doente mental.

O primeiro documento surgiu de um grupo de trabalho composto de praticamente, todos os países desenvolvidos e principais países em desenvolvimento que fazem parte da Comissão de Direitos Humanos da ONU, da qual o Brasil é um dos seus membros. Em nível de consulta por parte dessa Comissão fazem parte as principais entidades não governamentais, das quais podemos destacar a Comissão Internacional de Juristas, a Associação de Reabilitação Psicossocial, a Federação Social de Saúde Mental e a Associação Mundial de Psiquiatria.

No segundo documento, estabelece-se uma ordenação de assuntos, destacando-se alguns que, em seu conjunto, se constituem em seu corpo principal.

Assim, as "liberdades fundamentais e direitos básicos", a VIDA EM COMUNIDADE, a caracterização do que se entende como enfermidade mental, sob o título de "Determinação de uma enfermidade mental".

Estabelece, de forma minudente, os cuidados com o capítulo do TRATAMENTO, o que se deve atingir com o item medicação, os cuidados e resguardos para assegurar a livre opção do doente mental em internar-se, a caracterização da INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA e as salvaguardas correspondentes, direitos e condições de vida em estabelecimentos de saúde mental.

A idéia fundamental é garantir os direitos individuais do enfermo mental, seja qual for seu regime de tratamento, princípio respeitado em todas as atuais leis psiquiátricas internacionais.

Exmo. Sr. Senador Lucio Alcântara

Em torno da assistência do Doente Mental Grave.

"O psiquiátra é o protetor do doente mental. Essa função é inerente à sua pessoa. Quando um governo nomeia um diretor para um hospital de psicopatas não faz um funcionário de sua confiança. Designa antes um curador nato para esses doentes, um defensor dos seus direitos a tratamento humano, a alimentação sadia, a cuidados de enfermagem, a dedicação dos médicos. Aquele que entre o doente que sofre e o governo que paga e distribue benefícios, prefere este -- não é um psiquiátra!
O que não afronta poderosos para defender o doente mental quando privado de qualquer dos seus sagrados direitos de assistência e proteção -- por comodismo, interesse pessoal ou receio de represálias -- não é um psiquiátra!" -- (1943).

Ulisses Pernanbucano

CONSIDERAÇÕES GERAIS

É digno de registro que o Projeto 08/91 tem um mérito irrecusável: -- abrir caminho e oportunidade para uma discussão mais profunda e atual, sobre as condições de extrema deterioração a que chegou a Assistência Psiquiátrica Brasileira nos dias atuais. (Vide proposta da F.B.H., em anexo, sobre a Assistência Psiquiátrica).

Todos nós, Psiquiátras, Dirigentes Governamentais, Proprietários de Hospitais, Familiares de Doentes Mentais somos todos, por ação ou omissão, responsáveis por esse estado de cousas.

Aproveitemos esse clima emocional de discussão e apreciação do Projeto para, todos juntos, talvez cada um a seu modo, dar a sua contribuição para o ESTATUTO final que defina, discipline e garanta o modelo e os recursos para a ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA possível para o Brasil de hoje.

Brasil de incertezas angustiantes, trazendo e produzindo em suas entranhas o "dualismo básico" e trágico de duas sociedades que convivem no mesmo território, nas mesmas cidades: uma, moderna, de padrão de vida elevado (a minoria) e uma outra primitiva, de extrema pobreza (a maioria) e das quais nos fala Hélio Jaguaribe em suas duas últimas publicações.

CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO PROJETO 08/91

Temos de reconhecer, também, o mérito do Projeto 08/91 em defesa da liberdade e do resguardo da pessoa do doente mental, porém enfocando a problemática de forma equivocada, já que o chamado modelo "hospitalocêntrico" no Brasil é conseqüência e não causa da ausência de serviços extra-hospitalares.

DEFESA DA LIBERDADE E DAS MINORIAS

É pertinente algumas considerações preliminares, ligeiras que sejam, sobre esse bem sempiterno para a pessoa humana que é a LIBERDADE e que mereceu, de John S. Mill, num clássico "Sobre a Liberdade", a afirmação de que "... a única finalidade justificativa da interferência dos homens, individual e coletivamente na liberdade de ação de outrem é a autoproteção". (O grifo é nosso).

Podemos dizer que o chamado Projeto Delgado se filia a um movimento geral da luta do Homem contra o absolutismo do Estado e de suas instituições, remontando, numa visão histórica, à sua luta, sobretudo após a Renascença, e que vem assumindo roupagens diversas, e que, no após guerra de 39/45, exprimiu-se na luta político-ideológica em defesa das minorias oprimidas e teve o seu momento marcante no movimento estudantil da "primavera de 68" em Paris.

PSIQUIATRIA, INSTRUMENTO DE OPRESSÃO?

Subproduto desse movimento que varreu os meios acadêmicos e intelectuais da Europa Ocidental,

no campo da Psiquiatria, foi a negação da Doença Mental e das instituições a ela pertinentes.
Essa luta empunhada pelas esquerdas passou a conceber a psiquiatria institucionalizada e os psiquiatras a ela ligados, como a serviço das classes exploradoras e dominantes; e o sofrimento psíquico decorrente dessa relação desaparecendo quando ocorresse uma mudança radical no sistema social e nas relações de produção.
Essa bandeira da vertente sócio-política empunhada pelas esquerdas, no caso da Itália, especificamente, nos fins dos anos 60, transformou "a psiquiatria em um fertilíssimo campo de combate e de batalhas sobre direitos civis e ideológicos". (Giani Nardo - Departamento de Psiquiatria - Rovigo-Itália, in "O VASO DE PANDORA - A Psiquiatria italiana 10 anos após a Reforma").
A REFORMA PSIQUIÁTRICA de modo esquemático seguiu por dois caminhos:
- aqueles países que procuraram desenvolver o atendimento extra-hospitalar, sem partir para a extinção do hospital psiquiátrico, pelo contrário, tratando de recuperá-lo e fazer dele um serviço válido como instrumento de tratamento dos doentes mentais graves, e, único na formação do psiquiátra. Exemplos típicos: a Inglaterra e sobretudo Cuba;
- aqueles que partiram para extinguir o hospital de psiquiatria, em nome de uma pretensa posição ideológica de resgate da cidadania, chegando os de posições mais radicais a encarar a doença mental e o sofrimento psíquico em geral, como um epifenômeno do conflito de classes, e resultante da exploração das classes oprimidas pelas classes dominantes. Exemplos típicos: o movimento liderado por Franco Basaglia que resultou na Lei 180 na Itália, e, sem as cores tão berrantes, a Lei Kennedy nos Estados Unidos.
Ambas, essas duas experiências, redundaram num

fracasso total.

VERTENTE POLÍTICO X IDEOLÓGICA X SABER MÉDICO X PSIQUIÁTRICO

Em que pese o aparente "avanço humanístico", o projeto em lide faz tábula rasa da concepção médica psiquiátrica moderna, do saber médico-científico-psiquiátrico, assim como da realidade assistencial psiquiátrica atual, no Brasil e no mundo desenvolvido, fixando-se tão somente na vertente político-ideológica, que se convencionou chamar na Europa de 20, 30 anos atrás, de antipsiquiatria, há muito superada no mundo desenvolvido.

O calcanhar-de-aquiles de nossos legionários da antipsiquiátria, defensores do Projeto 08/91, é não se aperceberem de um sintoma psicopatológico inerente à maioria esmagadora das doenças mentais:

QUEBRA DAS PAUTAS DE RELACIONAMENTO FEREM A CIDADANIA, O MANICÔMIO E O ABANDONO DAS RUAS

-- A QUEBRA DAS PAUTAS COMPORTAMENTAIS HABITUAIS DO DOENTE COM O MEIO SOCIAL.

A DOENÇA MENTAL ATACA A PRÓPRIA ESSÊNCIA DA NATUREZA HUMANA, COMPROMETENDO DE FORMA MAIS OU MENOS PROFUNDA A SUA CAPACIDADE DE ENTENDIMENTO E DE DETERMINAÇÃO.

E A INTERNAÇÃO SE IMPÕE COMO EXIGÊNCIA DE ORDEM CLÍNICA PARA OS DOENTES MENTAIS QUE NÃO TENDO A COMPREENSÃO DE SEU ESTADO MÓRBIDO SE CONSTITUEM EM PERIGO PARA ELES E PARA OS CIRCUNSTANTES.

NÃO HÁ, PORTANTO, UM OUTRO SISTEMA ALTERNATIVO PARA O TRATAMENTO DESSES DOENTES EM TAIS CONDIÇÕES DE MORBIDEZ PSÍQUICA. ASSIM QUE OCORRA A REMISSÃO, DAR-SE-Á ENTÃO O ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS.

Por isso mesmo que as leis substantivas do país registram essa incapacidade de entendimento e determinação, tanto assim que estatuíram normas em defesa do doente mental e de seus bens, criando a figura do curador para substituí-lo em seus impedimentos.

Não se dão conta, os pregoeiros do "anti-seqüestro", que o que fere a dignidade do doente mental como pessoa, como cidadão, é o mau tratamento ou a inexistência de tratamento digno, adequado, seja ele em regime de internação ou extra-hospitalar.

Internação cronificante num manicômio puramente custodial não sei se é pior do que o abandono das ruas por falta de tratamento extra-hospitalar adequado.

MANICÔMIO X HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

- Propõe, o projeto, a extinção das instituições psiquiátricas de internação, tratando MANICÔMIO (entendido no meio psiquiátrico como MACRO ASILO público, custodial) do mesmo modo que o Hospital Psiquiátrico (instituição moderna, terapêutica usando psicofarmacos e práticas de terapia individual e grupal), sendo este destinado a tratamento de doentes cujo quadro psicopatológico implica em perigo para ele ou para os demais, ou simplesmente, porque sua recusa em tratar-se determina agravamento ou cronificação de sua doença.

Tratar "manicômio" como sendo "hospital de psiquiatria", no projeto, não é uma simples alternância de termos, de palavras com o mesmo significado. Há um propósito de fazer passar idéia de o hospital de psiquiatria como uma instituição desumana, segregadora, instilando subrepticiamente a idéia que todas as internações são compulsórias com o propósito de confinamento.

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA OU INVOLUNTÁRIA

Em realidade nos casos de hospitalização compulsória (melhor dita involuntária) configura-se a impossibilidade do doente se manter no convívio familiar, tanto em razão de seu comportamento inadequado (recusa de alimentos, recusa de higiene pessoal, idéias ou atitudes manifestas de suicídio, reações

hétero-agressivas) como também pela recusa e impossibilidade dos familiares assumirem o ônus dos cuidados assistenciais.

POR QUÊ A INVERDADE?

Distorcendo, entretanto, uma realidade e para estigmatizar a internação do enfermo incapacitado temporariamente ou de compreender e aceitar a sua doença, apela-se para uma inverdade grosseira e pouco inteligente: -- "no Brasil da cidadania, mesmo que regulada (SIC), a maioria absoluta das mais 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes".
Nunca se chegou a 400.000 internações, embora se chegasse perto desse número. Internação anônima, silenciosa, noturna, violenta é uma mentira sem qualificativos é um desrespeito aos corpos clínicos, aos psiquiátras que emprestam a sua força de trabalho nos plantões de cada dia.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, RECURSO INADEQUADO?

O autor do projeto começa sua "justificação" afirmando: -- "o hospital psïquiátrico 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". Indaga-se: -- quando e onde em conclave científico internacional chegou a essa conclusão?
Reconheçamos que a assistência médico-hospitalar psiquiátrica integrante do S.U.S. (pública e privada contratada) assim como a de todas as outras áreas, está caótica e clama por uma melhoria de padrão técnico. Daí a generalização capciosa de que o hospital de psiquiatria é um "recurso inadequado" vai uma distância incomensurável.

PROFESSOR HEINZ HAFNER

No fim do ano passado esteve no Brasil, ministrando um curso de pesquisa epidemiológica

VULTO INTERNACIONAL

psiquiátrica na U.S.P., o Professor H. Häfner, Catedrático na mais famosa Cadeira de Psiquiatria, a de Heidelberger na Alemanha, Diretor do Instituto Central de Saúde Mental em Manheim, Consultor da Organização Mundial de Saúde, Coordenador de pesquisas dessa organização. Häfner escreveu um trabalho, sob o título sugestivo: -- AINDA NECESSITAMOS DE LEITOS PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS? Onde se lê:

"A necessidade futura de leitos hospitalares psiquiátricos é influenciada por mudanças na morbidade psiquiátrica, no elenco de serviços oferecidos pelos hospitais psiquiátricos e pela disponibilidade de formas alternativas de assistência para os doentes crônicos".

(...) Os hospitais de psiquiatria tornaram-se capazes de tratar com sucesso as psicoses agudas, dar altas mais precoces e estabilizar muitos doentes crônicos, permitindo tratá-los em serviços externos ou complementares.

Acrescente-se que o novo arsenal terapêutico tem sido responsável pelo enorme incremento dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, trazendo esperanças de cura (...)". (Acta Psichiatr. Scandinav., volume 73, pags. 113, 124 - 1987)

EXTINÇÃO DO HOSPITAL DE PSIQUIATRIA, EXPERIÊNCIA FRACASSADA

Nenhuma experiência de desospitalização, nenhuma reforma visando criar condições sócio-terapêuticas de assistência extra-hospitalar, em qualquer país por mais desenvolvido conseguiu, na prática - passado os primeiros arroubos de tentativas pioneiras - extingüir os hospitais de psiquiatria.

Duas tentativas, dois exemplos clássicos são citados como iniciativas de substituir o Hospital Psiquiátrico pela assistência extra-hospitalar: -- a dos Estados Unidos, através da Lei Kennedy na década de 60 e a italiana, através da Lei 180 (também chamada "Lei Basaglia").

Nas duas tentativas, ambas fracassadas em seu objetivo extremado, o doente mental dasassistido foi lançado no abandono das ruas, na mendicância, na criminalidade.

Nenhuma especialidade médica pode prescindir do hospital nos casos agudos, onde o atendimento extra-hospitalar põe em risco a recuperação ou mesmo a vida do paciente.

No caso da Psiquiatria seria a única exceção e seu simples enunciado soa como uma agressão à prática médica.

Mas, também, é óbvio que um número esmagador de pacientes, sejam eles vindos de uma internação, sejam aqueles portadores de distúrbios mais leves, devem se tratados em serviços extra-hospitalares, ou mesmo em um hospital geral.

Há uma evidência curial na Medicina: -- em princípio o atendimento médico começa e termina na assistência extra-hospitalar, reservada a assistência hospitalar para a fase aguda ou mesmo "in extremis".

Falemos especificamente das duas experiências retrocitadas: -- a americana e a italiana.

LEI KENNEDY

A chamada Lei Kennedy, na década de 60, determinou o fechamento da maioria dos hospitais públicos americanos, na presunção de que os doentes seriam melhor tratados em clínicas ou centros de saúde governamentais e a ressocialização dos mais abordáveis, em atendimento hétero-familiar.

A reforma Kennedy inspirou-se nas idéias de Gerald Kaplan que quis trazer para a psiquiatria os conceitos de medicina preventiva.

Essas idéias estão inegavelmente presentes no "Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica" (SAM-509) da Previdência, o qual adota as

denominações "prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária" para designar a totalidade das atenções psiquiátricas e assim sugere a substituição do sentido curativo da assistência psiquiátrica pelo novo sentido preventivo da reforma americana.

Surpreendente e estarrecedor mesmo é o que se lê no New York Time (12, Setembro, 1990) concluindo que a assistência pública psiquiátrica americana regrediu aos anos vinte.

Estudo realizado pelo "Grupo Público de Cidadãos para a Pesquisa em Saúde" e pela "Aliança Nacional em favor dos Doentes Mentais" conclui:

"(...) Os Estados Unidos deram um passo atrás em termos de assistência ao doente mental, regredindo aos idos de 1920, vivendo hoje mais doentes em prisões e abrigos de rua do que em estabelecimentos psiquiátricos;

- 250.000 pacientes esquizofrênicos ou maníaco-depressivos estão em prisões e albergues e 68.000 em hospitais".

O Dr. Fuller Torrey relator do documento, informa o colapso da assistência psiquiátrica oficial americana, após uma pesquisa nos registros das organizações de saúde mental nos 50 estados americanos.

- "O maior conjunto hospitalar dos E.E.U.U. são as cadeias públicas de Los Angeles, conservando em média 3.600 pacientes com doenças mentais graves, 700 a mais que o maior hospital público do país.

- Em Boston 500 doentes mentais são recolhidos todas as noites pelo "Abrigo de Pessoas de Rua", tornando-se uma das maiores "instalações psiquiátricas" do país.

- Na Flórida a lista de espera para internação no Hospital Estadual é de 6 meses e nas salas de espera da área de emergência do Hospital Geral de Broward como em Tampa os doentes mentais são rotineiramente algemados durante dias até serem

internados. O relatório qualifica, entretanto, como boa a assistência pública dos estados de New York e Vermont.
James Finley, diretor do Conselho Nacional dos Centros Comunitários de Saúde Mental, admitiu "Tremendas listas de espera para atendimento de pessoas seriamente doentes".

LEI BASAGLIA (LEI 180)

Quanto à Itália, o movimento que eclodiu nos anos 70, liderado por Franco Basaglia, tinha um apelo anti-manicomial explicado diante da realidade da psiquiatria italiana, atrasada, e se nutria dos movimentos sócio-políticos dos anos 60, já referidos.
Após 10 anos de aplicação da Lei Basaglia - tão louvada pelos nossos pregoeiros da desospitalização - G. Nardo escreve em seu trabalho já citado:

- "Entre os anos 1974 e 77, jornais e revistas italianos estiveram cheios de artigos que registravam os maus tratos e a desumanização feroz dos manicômios.
Debates sustentavam a necessidade improrrogável de uma reforma que regulamentasse a atividade psiquiátrica.
De 1982 até os nossos dias, ao contrário, os mesmos jornais e revistas trazem, do mesmo modo, artigos apaixonados, escandalizados, no sentido oposto: -- reabertura dos manicômios, retorno dos antigos tratamentos, retirada dos "loucos" das ruas, agora "reinventados" de forma perigosa quanto à sociedade civil: -- imprevisíveis, sujos, pertubantes.

Há pouco tempo atrás, o Ministério da Saúde, sob o comando do Ministro Donat-Cattin, procedeu a uma ampla pesquisa nacional, tentando salvar a Reforma, publicada em alentado trabalho ("Il Dopo 180 - Primo Bilancio Di Una Riforma") que, à

página 15, no segundo parágrafo, assinala:

- "O momento histórico no qual esta pesquisa se situa caracteriza-se, nitidamente, no setor da assistência psiquiátrica, pela coexistência e contradição entre o velho, ainda não superado, e o novo, ainda não afirmado".

E no capítulo onde trata da "Situação da Psiquiatria Italiana (pags. 4,5,6,7 e 8 do Projeto)" lê-sé, depois de listar os serviços extra-hospitalares que deverão ser implantados, financiados, aparelhados e pessoal reciclado, a despeito do que constava no papel, na Lei 180:

- "O setor da psiquiatria não sofreu, de fato, até hoje, uma atividade efetiva em nível nacional, uma adequada intervenção de relevo para encorajar a implementação da Reforma. Aliás, do mesmo modo, o trabalho de realização por parte das Unidades Sanitárias Locais (complexo de serviços regionais) é totalmente enganoso e insuficiente, como resultou da citada pesquisa (...)".

Os italianos conservaram 103 antigos manicômios de antes da "Riforma 180" como se lê à pag. 07 no capítulo "Tutela della Salute Mentale".

"(...) g - os hospitais psiquiátricos somavam 103 dos quais 11 privados, todos tradicionais, com 36.700 internados (...). Esses hospitais abrigam, preferencialmente, pacientes crônicos.

E, finalmente,na proposta da reforma da "Riforma" é recomendada a criação dos Servici Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) que nada mais são do que novos hospitais modernos, com o máximo de 180 leitos!

CONCLUSÃO

Conforme admite o derradeiro parágrafo da "justificação" do Projeto, "a questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a Cultura, com a Filosofia, com a Liberdade".

É de causar espécie que tal complexidade encontre solução tão simplista, sem pelo menos se estabelecer um desenho, um esboço de uma assistência que o país está a carecer.

Em verdade, acha-se implícita na proposta a predominância das concepções doutrinárias sócio-ideológicas sobre as concepções médico-psiquiátricas.

Dessa forma, prevalece a convicção de que a doença mental é fruto exclusivamente de um "sistema social e econômico injusto e desigual", em total desconsideração pelos dados clínicos e científicos que comprovam a presença das grandes psicoses endógenas (esquizofrênicas e maníaco-depressivas) em todas as classes sociais em todo o mundo.

Prevalece ainda na mesma linha o maniqueísmo que atribui à oposição do setor público X privado, substitutivo da dicotomia bem X mal a razão de todos os desacertos gerenciais e administrativos que assolam este país.

Pelas razões apontadas no decorrer desta análise e diante da gravidade do problema que se criaria com a aprovação do projeto 08/91 com está, pela indigência de seu conteúdo, e, principalmente, pelas clamorosas inverdades e distorções que ele abriga, é que se levanta a possibilidade de um substitutivo como vai sugerido nas "SUGESTÕES" anexas.

A reformulação a ser adotada no substitutivo deve evitar

considerações sócio-filosóficas e enfatizar a concepção médica de tratar a doença mental. O substitutivo, necessariamente, deverá ter natureza supra-partidária e distanciar-se dos sectarismos ideológicos.

Urge,por fim, deflagrar uma cruzada nacional, mobilizando-se os "familiares dos doentes mentais graves", a comunidade psiquiátrica clínica e os técnicos oficiais, a partir de uma pesquisa nacional (a semelhança do que se pode e se fez na Itália, após a implantação e funcionamento da Lei 180 -- Lei Basaglia), e se estabeleça um diagnóstico da calamitosa assistência psiquiátrica brasileira.

COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS
(NAÇÕES UNIDAS - 05/02/91)
RECOMENDAÇÕES

LIBERDADE FUNDAMENTAL E DIREITOS BÁSICOS

- Todas as pessoas têm direito ao melhor tratamento mental à disposição, que deve ser parte do sistema social de saúde.

- Todas as pessoas com doenças mentais ou que estejam sendo tratadas como estas pessoas, devem ser tratadas com humanidade e respeito para com a dignidade básica da pessoa humana.

- Todas as pessoas com doenças mentais, ou que estejam sendo tratadas como estas tem direito à proteção de exploração econômica e sexual ou qualquer outra forma de exploração física ou outra forma de abuso ou tratamento degradante.

- Não deve haver nenhum tipo de discriminação nos grupos de doentes mentais.

O DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS MENTAIS

- O diagnóstico que a pessoa tem doença mental deve ser feita de acordo com a aceitação dentro dos parâmetros médicos internacionais.

- O diagnóstico de doença mental nunca deve ser feita baseada em política, economia e status social, ou membro de uma cultura, grupo racial ou religioso, ou qualquer outra razão que não esteja diretamente relacionada a saúde mental.

- Conflito profissional ou familiar, ou não conformidade com parâmetros morais, sociais, culturais, ou valores políticos, ou crenças religiosas prevalecendo-se da comunidade da pessoa, não deve haver um fator diagnosticante de doença mental.

CUIDADOS BÁSICOS

- Todo paciente tem o direito de receber cuidados de saúde e social apropriados para com suas carências, e é designado a ter um tratamento do mesmo padrão das outras pessoas doentes.

- Todo paciente deve ser protegido de prejuízos, inclusive medicação injustificada, abuso de outros pacientes, coisas ou pessoas ou atos que causem sofrimento ou desconforto físico.

TRATAMENTO

- Todo paciente tem o direito de ser tratado em um ambiente saudável, apropriado ao tratamento e ao necessário cuidado para com a saúde do paciente e dos outros.

- O tratamento e cuidado de todo paciente deve ser baseado em um plano prescrito individualmente, discutido com o paciente, revisto regularmente, revisto se necessário e provisto por material profissionalmente qualificado.

- Cuidados com as doenças mentais devem sempre ser providenciados em concordância com os padrões éticos de aplicação de práticas de tratamento mental, incluindo padrões internacionais, como os princípios de ética médica adotado pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Conhecimento e perícia do tratamento mental nunca devem ser abusivas.

- O tratamento de todo paciente deve ser direcionado no sentido de preservar ou aumentar a autonomia pessoal.

MEDICAÇÃO

- A medicação deve ir de encontro às necessidades do paciente e somente deve ser dada ao paciente para terapia ou tons de diagnóstico, e nunca deve ser dada como um punimento, ou pela conveniência de outras. Submetido às provisões do parágrafo 15 do princípio 11, terapêutas da saúde mental somente devem administrar medicações de eficácia conhecida e demonstrada.

- Toda a medicação deve ser prescrita por um terapêuta autorizado por lei, e deve constar no relatório do paciente.

Pegar projeto

Exmo. Senhor Senador
Sérgio Machado
Caro Sérgio

Vinte e oito anos de vivência como usuário da atenção psiquiátrica e membro Representante das Famulias dos Doentes Mentais na Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica, capacitam-me a propor as seguintes alterações no Projeto de Lei No. 8, de 1991 (No 3657/89 na Casa de Origem).

1a Alteração - Enunciado da Lei.

> Dispõe sobre a extinção progressiva de três - quartos (3/4) dos leitos psiquiátricos nas entidades hospitalares e sua substituição por outros recursos assistenciais, destinando o quarto (1/4) remanescente dos leitos manicomiais exclusivamente para os pacientes de internação necessária, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

2a Alteração - Art. 1o

Art.1o - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de nóvos hospitais psiquiatricos públicos e a contratação ou finaciamento, pelo setor governarnetal, de nóvos leitos em hospital psiquiatrico. Os leitos mantidos para os esquizofrênicos serão devidamente
adequados ao tratamento atualizado e humanitario destes pascientes.

3a Alteração - Art. 2o

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 psiquiatrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões, " lares de pequenos grupos de esquisofrenicos " (seis em média) e outros, bem como a progresiva extinção de três- quartos (3/4) dos leitos psiquiatricos de caracteristica manicomial.

As ponderações que justificam as alterações aqui propostas, estão contidas no artigo jornalistico abaixo trasnerito e são de natureza auto-explanatória.Tanto a Lei Paulo Delgado quanto
a Lei Mário Mamede, já em vigor no Ceará, desejam " a total extinção dos hospitais psiquiátricos ", (Art. 7o da Lei Mamede) no território nacional, um absurdo utópico que nenhum pais desenvolvido conseguiu atingir desde 1950 até hoje.

Poucos, e eficientes foram os modelos alternativos de atenção psiquiatrica que os países desenvolvidos conseguiram implementar desde a desinstitucionalização psiquiatrica iniciada àquela época. Ao contrario, houve o restabelecimento de entidades psiquiqtricas menores, embora em maior numero, porém melhor aparelhadas.

Estou certo de que as poucas alterações aqui propostas viabilizam a rápida aprovação no Senado do Projeto de Lei da Câmara No 8, de 1991, encerrando a luta ideológica que se vem arrastando em torno dele.

Agradecido pela atenção, firmo-me

Cordialmente,

Jorge Gentil Barbosa

P. S. Sérgio: Gostaria de ter a relação completa e descriminada por partidos, com os respectivos endereços, dos Deputados e Senadores que ora ocupam o Congresso Nacional.

Vitória de Pirro

JORGE GENTIL BARBOSA
Advogado

O Dr. Mario Mamede, expoente da ortopedia brasileira e notável Deputado Estadual pelo PT, conseguiu aprovar na Assembléia Legislativa do Ceará a Lei nº 12151 de 29.07.93, sancionada pelo governador Ciro Gomes e publicada no D.O.E. em 12.08.93, hoje em plena vigência. Tal lei é a réplica da de nº 3.657/89, da Câmara Federal, aprovada naquela Casa em 1991, mas ainda tramitando no Senado como Projeto de Lei da Câmara nº 8 de autoria do Deputado Paulo Delgado, outro notável parlamentar do PT mineiro. Ambas as Leis dispõem "sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

Em 1990, o Brasil tinha 313 hospitais e clínicas psiquiátricas, sendo 259 privadas e filantrópicas, e 54 públicos, com 84.735 leitos. Hoje estes números são bem menores, apesar do enorme déficit de leitos psiquiátricos. O Nordeste, com 35 milhões de habitantes, só tinha 69 hospitais públicos e privados, com, 16.765 leitos.

Estatísticas demonstram que 1,5% da população é esquizofrênica, ou seja, cerca de 1,5 milhão de esquizofrênicos, cerca de 9% (135 mil) precisariam de *internação compulsória* pelo menos de um (1) a quatro (4) vezes durante seus surtos esquizofrênicos. Em 1990 o Brasil tinha 84.735 leitos psiquiátricos. Portanto, 135.000 menos 84.735 daria um déficit de 50.265 leitos só na área da esquizofrenia. O Nordeste, com um universo de 350 mil esquizofrênicos precisaria de 31.500 (9%) leitos para as "internações necessárias" (compulsórias). O déficit nordestino de leitos psiquiátricos seria de 14.735, só para os esquizofrênicos, sem contar os outros tipos de doenças mentais (31.500 — 16.765 = 14.735)

L.F. Barros, usuário-paciente, esquizofrênico, dá o seguinte testemunho no seu Livro "Memórias do Delirio — Confissões de um Esquizofrênico" — Imago Editora Ltda., S.P., no capítulo XV — "Situações Perigosas": "Se é verdade que *nenhum* paciente deve ser *internado desnecessariamente*, da mesma forma é *absolutamente necessário internar os pacientes maníacos* que tenham perdido a condição de auto controle. ... Quero ser internado, *Se necessário*, pois sei que poderei criar *situações perigosas para mim, para minha família e para terceiros, caso não seja contido*. ... Ninguém consegue acompanhar um adulto em crise maníaca. Minhas energias são insuperáveis quando estou em crise e *é preciso de duas a três pessoas continuamente a meu lado*, 24 horas por dia, para *tentar me conter* em limites de segurança para mim e para os outros. Muitas vezes não conseguem. ... As *internações e os eletrochoques*, afinal de contas, *por mais horripilantes que à primeira vista possam parecer, são eventuais contingências na vida de um doente mental*... embora hoje eu saiba lutar cotidianamente de maneira construtiva, para *tentar* evitá-las... não sei julgar se alguma vez fui *internado desnecessariamente*. Todas as vezes que fui internado *por terceiros eu estava inconsciente*. De outras vezes me *auto-internei*."

Continuando, L.F. Barros, no capítulo 14 do seu livro — "O que é uma internação" — escreve: "Uma internação psiquiátrica é a coisa mais parecida com uma prisão, pelo menos enquanto a impressão [illegible] *estiver sendo mais forte. Não importa se a internação é voluntária ou involuntária, se é justificada ou não, se é necessária ou desnecessária, se é legal ou ilegal, se é ética ou antiética, se é científica ou não científica, se é humana ou desumana, se é democrática ou antidemocrática, se é liberal ou antiliberal, se é progressista ou reacionária, se é de esquerda ou de direita, se é socialista ou capitalista, se é comunista ou anticomunista, se é católica ou protestante, se é judaica ou muçulmana, se é budista ou xintoísta, se é ateia ou teísta, se é panteísta ou politeísta, se é monoteísta ou politeísta, se é agnóstica ou gnóstica, se é esotérica ou exotérica, se é metafísica ou física, se é química ou biológica, se é matemática ou geométrica, se é astronômica ou astrológica, se é geográfica ou geológica, se é histórica ou pré-histórica, se é arqueológica ou paleontológica, se é antropológica ou etnológica, se é sociológica ou psicológica, se é psiquiátrica ou psicanalítica, se é neurológica ou psicológica, se é fisiológica ou anatômica, se é bioquímica ou biofísica, se é biomecânica ou biomatemática, se é biomatemática ou biomecânica, se é biofísica ou bioquímica, se é anatômica ou fisiológica, se é psicológica ou neurológica, se é psicanalítica ou psiquiátrica, se é sociológica ou psicológica, se é etnológica ou antropológica, se é paleontológica ou arqueológica, se é pré-histórica ou histórica, se é geológica ou geográfica, se é astrológica ou astronômica, se é geométrica ou matemática, se é física ou metafísica, se é politeísta ou monoteísta, se é gnóstica ou agnóstica, se é ateia ou teísta, se é panteísta ou politeísta, se é xintoísta ou budista, se é muçulmana ou judaica, se é protestante ou católica, se é comunista ou anticomunista, se é capitalista ou socialista, se é de direita ou de esquerda, se é antiliberal ou liberal, se é reacionária ou progressista, se é antidemocrática ou democrática, se é desumana ou humana, se é científica ou não científica, se é ética ou antiética, se é ilegal ou legal, se é desnecessária ou necessária, se é justificada ou não, se é involuntária ou voluntária, se é uma prisão, pelo menos enquanto a impressão estiver sendo mais forte. Se for verdade, os seus efeitos imediatos já se fazem sentir. O I.P.C — Instituto de Psiquiatria do Ceará — um dos hospitais psiquiátricos mais tradicionais, proficientes e corretos do Brasil encerrou suas atividades hospitalares, no dia 31 de janeiro.*

Pirro II, com seus elefantes, venceu os romanos em Heracleia e em Asculo, obtendo uma vitoria tão cara que ao final da batalha exclamou aos seus generais: "Ainda outra vitória como esta e estou perdido."

---

* Jorge Gentil Barbosa é advogado e delegado representante dos usuários em saúde mental no I CESM e II CNSM

(2)

SF - 05.04.2001

OFÍCIO DO PRIMEIRO SECRETÁRIO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Nº 42/2001, de 4 do corrente, comunicando a aprovação do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº 3.657/89, naquela Casa), que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.*

(Projeto enviado à sanção em 04.04.2001)

Jh78

SENADO FEDERAL
FL.
SUBSEC. DE ATA

Junte-se ao processado do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991.
À publicação
Em 05/04/2001

PS-GSE/42/01 Brasília, 4 de abril de 2001.

Senhor Secretário,

Comunico a Vossa Excelência, a fim de levar ao conhecimento do Senado Federal, que foi aprovado o Substitutivo oferecido por essa Casa ao Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, da Câmara dos Deputados, o qual "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental".

Na oportunidade, informo a Vossa Excelência que a referida proposição foi, nesta data, enviada à sanção.

Atenciosamente,

Deputado SEVERINO CAVALCANTI
Primeiro-Secretário

A Sua Excelência o Senhor
Senador CARLOS WILSON
Primeiro-Secretário do Senado Federal
N E S T A

SENADO FEDERAL
596
SUBSEC. DE ATA

EXEMPLAR UNICO

SENADO FEDERAL

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8, DE 1991

(Nº 3.657/89, NA CASA DE ORIGEM)

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

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Fica proibida, em todo 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 psiquátricos manicomiais em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

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

Art. 3º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte

EXEMPLAR UNICO

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 597

e quatro) horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

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

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

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

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

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

DECRETO Nª 24.559,
DE 3 DE JULHO DE 1934

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

Art. 1ª 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. 2ª Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos juízes 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 Pública 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.

§ 1ª 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. 7ª do citado decreto. (DO de 9-6-54.)

_ Decreto nª 857, de 12 de novembro de 1851 _ Explica o art. 20 da Lei de 30 de novembro de 1841, relativo à prescrição da dívida ativa e passiva da Nação.

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

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

2ª) 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.

§ 2ª 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. 3ª A proteção legal e a prevenção a que se refere o art. 1ª deste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina legal.

§ 1ª 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.

§ 2ª Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimentos desse gênero.

§ 3ª 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. 4ª

§ 4ª 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 analgesica 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 psicopaticas 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 Inspetora; 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 Inspetora, e respectiva Repartição de Engenharia, a documentação comprobatória de que as novas construções permitirão o acréscimo requerido.

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

Art. 7º Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, 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 ameaçarem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização;

d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.

§ 2º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento 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, tranqüilos 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 estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do 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.

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 598

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

§ 4ª 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.

§ 2ª 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 consangüíneo ou afim em linha reta ou colateral até 2º grau, inclusive, do internando;

d) for sócio comercial ou industrial do internando.

§ 3ª 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.

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

§ 5ª 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 Inspetora 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 intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública.

Parágrafo único. Negada a alta, o diretor do estabelecimento enviará um relatório à Comissão Inspetora, 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.

§ 2ª Quando as pessoas acima referidas divergirem relativamente à retirada, será esse fato comunicado à Comissão Inspetora para decidir.

§ 3ª Quando for recusada a retirada, o diretor do estabelecimento comunicará, imediatamente à Comissão Inspetora os motivos da recusa.

§ 4ª 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 Inspetora 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, expecialmente, 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 pisicopatas, 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 I 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 económicas 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 provisoria 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 determinara os limites da acão 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 pisicopatas egressos dos estabelecimentos psiquiátricos da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, bem como os atendidos nos seus dispensarios 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 domicilio 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 medicos 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 connecer 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 cultor desta especialidade nomeado pelo governo do estado.

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Nº _____ do 19__
S.L.S. 599

§ 3ª 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.

§ 4ª 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.

§ 5ª 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.

À Comissão de Assuntos Sociais

Publicado no DCN -Seção II- de 19.2.91

250/2/91

Centro Gráfico do Senado Federal — Brasília — DF

SENADO FEDERAL

EMENDAS (de plenário) OFERECIDAS 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.

EMENDA Nº 1 - PLEN

Dê-se a seguinte redação à ementa:

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

Salas das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996

Senador Lúcio Alcântara

EMENDA Nº 2 - PLEN

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.

EXEMPLAR

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 600

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.

Sala das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996.

José Eduardo Dutra

EMENDA Nº 3 - PLEN

Dê-se a seguinte redação ao artigo 2º:

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

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

§ 2º O Poder Público, no âmbito federal, estadual e municipal, coordenará o processo de substituição de leitos psiquiátricos 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 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".

Sala das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996.

Senador Lúcio Alcântara

EMENDA Nº 4 - PLEN

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.

JUSTIFICAÇÃO

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

Sala das das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996

José Eduardo Dutra

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 601

EMENDA Nº 5 - PLEN

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.

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.

Sala das das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996

José Eduardo Dutra

EMENDA Nº 6 - PLEN

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3°:

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

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

§ 2° 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.

§ 3° 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 das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996.

Senador Lúcio Alcântara

EMENDA Nº 7 - PLEN

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

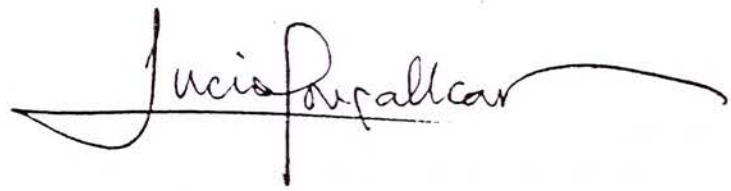
"**Art. 4°** Terão prioridade na contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de serviços de saúde mental não-manicomiais, os prestadores desses serviços que procederem à substituição dos seus atuais

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 607

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 das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996



Senador Lúcio Alcântara

À Comissão de Assuntos Sociais

Publicadas no **Diário do Senado Federal**, de 24-2-96

Centro Gráfico do Senado Federal — Brasília — DF

EXEMPLAR UNICO

SENADO FEDERAL

(*) EMENDAS (de plenário) OFERECIDAS 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.

EMENDA Nº 3 - PLEN

Dê-se a seguinte redação à ementa:

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

Salas das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996

Senador Lúcio Alcântara

EMENDA Nº 2 - PLEN

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.

(*) Refeito por incorreção no anterior

EXEMPLAR UNICO

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fl. 603

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

Sala das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996.

José Eduardo Dutra

EMENDA Nº 4 - PLEN

Dê-se a seguinte redação ao artigo 2º:

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

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

§ 2º O Poder Público, no âmbito federal, estadual e municipal, coordenará o processo de substituição de leitos psiquiátricos 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 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".

Sala das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996

Senador Lúcio Alcântara

EMENDA Nº 5 - PLEN

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.

JUSTIFICAÇÃO

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

Sala das das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996

José Eduardo Dutra

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ANAIS
Nº 604

EMENDA Nº 6 - PLEN

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3°:

Art. 3° 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 a Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

§ 1° 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.

§ 2° 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.

§ 3° 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.

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.

Sala das das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996

José Eduardo Dutra

EMENDA Nº 7 - PLEN

Dê-se a seguinte redação ao artigo 3°:

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

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

§ 2° 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.

§ 3° 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 das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996.

Senador Lúcio Alcântara

EMENDA Nº 8 - PLEN

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

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 605

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

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

Sala das Sessões, em 22 de fevereiro de 1996

Senador Lúcio Alcântara

À Comissão de Assuntos Sociais

Publicadas no **Diário do Senado Federal**, de 24-2-96

Centro Gráfico do Senado Federal — Brasília — DF

SENADO FEDERAL

PARECER Nº 691, DE 1998

(Da Comissão Diretora)

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, 15 de dezembro de 1998. – **Antonio Carlos Magalhães,** Presidente – **Ronaldo Cunha Lima,** Relator – **Geral Melo – Carlos Patrocínio.**

ANEXO AO PARECER Nº 691, DE 1998

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 cometidas 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 so-

ciedade 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 controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Art. 5º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será iniciada 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 caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial, sob responsabilidade e supervisão da autoridade sanitária competente, e do Ministério Público, **ex officio**, ou quando provocado, devendo permanecer enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições:

I – sua saída não lhe venha acarretar interrupção do tratamento necessário e agravamento dos sintomas;

II – sua saída não o leve ao abandono material ou afetivo;

III – sua saída não o entregue, direta ou indiretamente, à exploração interesseira de terceiros;

IV – sua saída obedeça à legislação vigente relacionada a cada caso;

V – sua reabilitação psicossocial seja assistida por equipe multiprofissional.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

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 officio**, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 10. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 11. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de 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 na data de sua publicação.

Publicado no **Diário do Senado Federal**, de 16-12-98

607

SENADO FEDERAL

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.*

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 608

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, Srªs. 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

SENADO FEDERAL

Sen. Lúcio Alcântara

Com os cumprimentos do

Senador SÉRGIO MACHADO

SENADO FEDERAL

SUBSÍDIOS PARA APRECIAÇÃO 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.

O SR. SEBASTIÃO ROCHA (Bloco/PDT-AP. Pronuncia o seguinte discurso. Sem revisão do orador) - Sr. Presidente, Srªs 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 Srªs 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

SENADO FEDERAL
SECRETARIA DE ARQUIVO
Fl. 10
610

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 à 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."

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 611

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. Exª

O Sr. Eduardo Suplicy (Bloco/PT-SP) - Desejo cumprimentar V. Exª 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. Exª, 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. EXª 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. EXª, Senador Suplicy, que fez observações muito importantes a respeito do assunto.

O Sr. Lúcio Alcântara (PSDB-CE) - Permite-me, V. EXª, 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. Exª, 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. Exª.

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. Exª 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. Exª no contexto da tramitação deste projeto no Senado. V. Exª 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

SECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 613

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. Exª 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. Exª. 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.

SENADO FEDERAL
SECRETARIA DE ANAIS
Fls. 614

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, propondo-se a transformação do § 4º do artigo 5º em artigo autônomo, com a seguinte redacão, 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.

SECRETARIA DE

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 12[6], que passa a ter a seguinte redação:

Art. 12° Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação 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;

SENADO FEDERAL
SECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 16

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. 3° 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. 4° O Poder Público destinará recursos orçamentários para a construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas Comissões Intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do SUS.

Art. 5° A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

§ 2° 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.

§ 3° 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. 2°.

Art. 6° 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. 7° 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.

SENADO FEDERAL
SECRETARIA DE ARQUIVO
Nº ____ de 19__
Fls. 617

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

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 abragente 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...".

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 acrescer um parágrafo único ao art. 4º do Substitutivo, com os seguintes termos:

SECRETARIA DE ...
618

"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, Srªs 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 da pauta da sessão deliberativa de amanhã.

É a seguinte a íntegra do parecer:

SENADO FEDERAL
SECRETARIA DE APOIO
Fls. 619

PARECER Nº 27, DE 1999 – de Plenário

Em substituição à 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. 2 ° 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:

SENADO FEDERAL
SECRETARIA DE APOIO
Nº 620

SUBEMENDA

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 Sustitutivo 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

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 à Emenda nº 3.

SENADO FEDERAL
SECRETARIA DE APOIO
Nº 691

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

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-ofício, ou quando provocado, devendo permanecer enquanto necessário, sob responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontre internado, de onde só poderá receber alta se forem respeitadas as seguintes condições:" e seus 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:

SENADO FEDERAL
SECRETARIA DE ARQUIVO
Fl. nº ____ do 19____

SUBEMENDA

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:

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 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:

EMENDA Nº 11 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 às emendas apresentadas no turno suplementar ao Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991, manifestamo-nos favoravelmente à Emenda nº 1; contrário às Emendas nºs 5, 6 e 10; parcialmente favorável às Emendas nºs 2, 3, 4, 7, 8 e 9, nos termos das subemendas; e apresentando a Emenda nº 11, de Relator, constantes deste parecer.

Sala da Sessões, em 12/01/99

SENADO FEDERAL
SECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 693

Senador SEBASTIÃO ROCHA

SENADO FEDERAL

(*) PARECER Nº 43, DE 1999

(Comissão Diretora)

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

(*) Republicado para retificação da identificação das assinaturas

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO
Fls. 624

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;

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.

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.

C95

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.

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.

Publicado no **Diário do Senado Federal**, de 22/01/99

Junte-se ao processado do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991.
à publicação
Em 19/06/2001

PS-GSE/ 239/01 Brasília, 13 de junho de 2001

Senhor Secretário,

Comunico a Vossa Excelência, para os devidos fins, que o Projeto de Lei nº 3.657, de 1989 (nº 8/91 no Senado Federal), o qual "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", foi sancionado pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, convertendo-se na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Na oportunidade, encaminho a essa Casa uma via dos autógrafos do referido projeto, bem como o texto da Lei em que o mesmo foi convertido.

Atenciosamente,

Deputado SEVERINO CAVALCANTI
Primeiro-Secretário

A Sua Excelência o Senhor
Senador CARLOS WILSON
Primeiro-Secretário do Senado Federal
N E S T A

SENADO FEDERAL
FL. 626
SUBSEC. DE ATA

Sanciono
6.4.2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1° Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2° Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

SENADO FEDERAL
FL. 626
SUBSEC. DE

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. 3° É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

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

§ 2° O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos,

SENADO FEDERAL
Fl. 626
SUBSEC.

de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 5° 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. 6° 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. 7° A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da ad-

SENADO FEDERAL
FL. 626
SUBSEC. DE ATA

missão, 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. 8° 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.

§ 1° 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.

§ 2° 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. 9° A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

SENADO FEDERAL
FL. 626
SUBSEC. DE ATA

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, 4 de abril de 2001

SENADO FEDERAL
FL. 627
SUBSEC. DE ATA

Mensagem nº 317

Senhores Membros do Congresso Nacional,

Nos termos do artigo 66 da Constituição Federal, comunico a Vossas Excelências que acabo de sancionar o projeto de lei que "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental". Para o arquivo do Congresso Nacional, restituo, nesta oportunidade, dois autógrafos do texto ora convertido na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Brasília, 6 de abril de 2001.

SENADO FEDERAL
Fls. 628
SUBSECRETARIA

LEI Nº 10.216 , DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O P R E S I D E N T E D A R E P Ú B L I C A

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

SENADO FEDERAL FL. 629 SUBSEC. DE ATA

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

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

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

SENADO FEDERAL
FL. 630
SUBSEC

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

OFÍCIOS DO PRIMEIRO SECRETÁRIO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Nº 237/2001, de 13 do corrente, encaminhando autógrafos do Projeto de Lei da Câmara nº 1, de 2000-Complementar (nº 8/99-Complementar, na Casa de origem), de iniciativa do Presidente da República, que *dispõe sobre a relação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, suas autarquias, fundações, sociedades de economia mista e outras entidades públicas e suas respectivas entidades fechadas de previdência complementar, e dá outras providências*, sancionado e transformado na Lei Complementar nº 108, de 29 de maio de 2001;

Nº 238/2001, de 13 do corrente, encaminhando autógrafos do Projeto de Lei da Câmara nº 58, de 2000 (nº 3.275/2000, na Casa de origem), de iniciativa do Presidente da República, que *altera os arts. 1º e 2º da Lei nº 9.034, de 3 de maio de 1995, que dispõe sobre a utilização de meios operacionais para a prevenção e repressão de ações praticadas por organizações criminosas,* sancionado e transformado na Lei nº 10.217, de 11 de abril de 2001; e

Nº 239, de 2001, de 13 do corrente, encaminhando autógrafos do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 (nº

SENADO FEDERAL
Fl. 631
SUBSEC. DE ATA

3.657/89, na Casa de origem), que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental,* sancionado e transformado na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

mj212

SENADO FEDERAL
Fl. 632
SUBSEC. DE ATA

cópia p/ Romildo
devolver-me

Excelentíssimo Senhor
Senador Lúcio Alcântara
SENADO FEDERAL
BRASILIA DF

Rio de Janeiro, 20 de junho de 1995

Excelentíssimo senhor Senador Lúcio Alcântara:

desde a reunião que tivemos, em seu Gabinete, há algumas semanas atrás, admito que necessitei de algum tempo de reflexão, para poder cumprir seu pedido de sugestões sobre o projeto Paulo Delgado. Não foi outro o motivo deste atraso, e peço que o Senador o releve. É que se tratava de adequar duas coisas aparentemente inconciliáveis: uma proposta de mudança teórica e ética de um modelo de cuidado, proposta cujo sentido residia em sua radicalidade (isto é, não se trata de *aperfeiçoar* o atendimento psiquiátrico público no país, mas de reorientá-lo integralmente), com a gradualidade que o bom-senso, a prudência e a experiência internacional determinam. Ora, em sua redação original, o projeto conciliava estas duas dimensões, segundo minha avaliação. Mas percebi que ele poderia conciliá-las de modo mais efetivo e harmonioso, a partir do que pude depreender de nossa conversa, e das críticas ao projeto oriundas de fontes sinceras e não-interessadas. Assim, entendo que eventuais emendas a serem apresentadas pelo Senador devam contemplar esta ênfase na harmonia entre radicalidade e gradualidade, levando em conta também aspectos estilísticos e lexicais que possam suscitar resistências puramente adjetivas.

Considero, pois, que o espírito do projeto pode ser integralmente preservado, e sua aprovação no Senado viabilizada, com as emendas seguintes:

1. EMENTA: Nova redação: **"Dispõe sobre a substituição progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória"**.

2. INSERIR parágrafo 4o. do artigo 2o. : **" Par. 4o. Os pacientes com longa permanência hospitalar, 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 planificada e reabilitação psicossocial, sob supervisão direta da autoridade sanitária municipal, e permanecerão, enquanto necessário, sob a responsabilidade médico-social do serviço psiquiátrico no qual se encontrem internados".

3. Artigo 3o., caput: substituir "24 (vinte e quatro) horas" por **"48 (quarenta e oito) horas"** (conforme propõe o relatório Beni Veras).

4. INSERIR, no parágrafo 2o., artigo 3o., nos parênteses: **"(ou, na sua ausência, ao Ministério Público ou à autoridade judiciária local)";** e, ao final do parágrafo, **"podendo, se julgar necessário, instituir um comitê de revisão para tais casos".**

A Emenda 1 representa uma redação menos agressiva, e mais condizente com a idéia de estabelecimento de um processo paulatino de consolidação de novas formas de atenção. A palavra **extinção** tem suscitado resistências, e muitas vezes é - equivocada ou intencionalmente - utilizada para sugerir que o projeto conduziria à desassistência.

A Emenda 2 parece-me contemplar satisfatoriamente a preocupação de familiares e da sociedade com aqueles pacientes que, seja pelo abandono, seja pela gravidade de seu quadro clínico, seja pela longa vivência no habitat goffmanizado dos hospitais, terão imensa dificuldade em ser a curto prazo adaptados ao atendimento nos chamados serviços intermediários. Uma parcela deles provavelmente se manterá sob o regime hospitalar convencional. A redação também impede as altas não-planificadas, abruptas, sem um competente trabalho prévio de reabilitação psicossocial (que alguns hospitais privados e públicos chegaram a realizar, muitas vezes de maneira tecnica e eticamente indefensável).

A Emenda 3 apenas ajusta mais realisticamente o prazo da comunicação das internações involuntárias. É significativo alertar que a notificação de tais procedimentos, que inicialmente suscitou reações enfáticas de setores médicos, não é mais objeto de contestação, a não ser em raros setores.

A Emenda 4 visa prevenir uma discussão excessivamente técnica - e na verdade pouco relevante - sobre a competência das autoridades judiciárias ou do Ministério Público ou Defensoria a serem acionadas. Por suas atribuições e modo de atuação, a Defensoria teria mais agilidade em proceder

ao acompanhamento da internação involuntária. Sua existência em todos os estados é mandamento constitucional, embora ainda não esteja materializada num grande número deles; de resto, o texto diz **preferencialmente,** e onde não for possível, a Justiça local ou o MP serão acionados. No espírito das recomendações da ONU, e de recentes legislações internacionais (como a lei francesa de l990), abre-se a possibilidade - mas não se impõe, nem se regulamenta sobre seu formato e composição - de instituir-se, no âmbito local, um **órgão de revisão.**

A menção ao órgão de revisão, se considerada adequada e oportuna, poderá constituir uma emenda à parte. Por economia, pode-se adotar a fórmula "Emenda 4: Dá a seguinte redação ao parágrafo 2o. do artigo 3o.: etc...".

Atendendo, pois, a sua honrosa solicitação, são estas as sugestões que teria a fazer, no sentido de aperfeiçoar a redação, através de emendas, do projeto Paulo Delgado.

Aproveito a oportunidade para afirmar minha satisfação em colaborar com o esforço do nobre Senador, reconhecendo seu interesse em viabilizar uma proposta de mudança que, apesar das reações que enfrenta em alguns setores, acredito que venha de fato a representar uma etapa mais humanitária, mais competente, mais ética, e também mais racional, no atendimento à saúde mental em nosso país.

Com a admiração e as saudações mais cordiais do

Pedro Gabriel Delgado

Rua Maria Angélica 336/302
Jardim Botânico CEP 22461-150
RIO DE JANEIRO RJ

Telefone 021-2264475 (res.)
2861381 (cons.)
2802010 ramal 723 (UFRJ)
295-1857 (IFB/Hospital Pinel)

RECIBO - TIRAR UMA CÓPIA P/ O BOLETIM - DEVOLVER-ME

WORLD HEALTH ORGANIZATION ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Téléphone Central/Exchange: 791.21.11
Direct: 791 3617

In reply please refer to : MNH
Prière de rappeler la référence:

Senador Lúcio Alcântara
Senado Federal
Anexo 11 Ala Trancredi Neves - GAB. 53
Brasilia - DF
Brésil

Fax No. 55 61 323 5372

21 June 1995

Sir,

I have the honour to refer to our telephone conversations and the request contained in your fax message dated 19 June 1995 and take pleasure in sending you attached some guiding principles followed by WHO as far as mental health care legislation is concerned.

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

Dr J. A. Costa e Silva
Director
Division of Mental Health

1. In 1978, the World Health Assembly (WHA) adopted a Resolution based on the WHO/UNICEF Alma-Ata Report on Primary Health Care (PHC). Since then, this has been the most important and basic WHO policy in relation to health care. The main innovation in that report was the emphasis on community-based care and on community participation in all decisions related to health issues, at all levels. Among the main components of PHC strategy were the promotion of mental health, and the prevention, control and treatment of mental disorders.

2. In what refers to mental health care systems, WHO has always followed strictly that landmark Resolution and favoured a gradual transition from hospital-based mental health care towards community-based system of mental health care.

3. Other reasons which led WHO to support community-based care as the best alternative to hospital-based care, include the fact that the mental hospital (asylum style), established in the XV century and widely disseminated in the XVII century became obsolete, as a health care structure, fully overcome by the steady progress of biological, psychological and social sciences we witnessed in the XX century.

4. Born at times with social, cultural and political values quite different from those prevailing in the present, this kind of mental hospital became the depository and symbol of the high degree of stigma attached to mental patients and their caregivers, including both their families and health workers involved in their care. In turn, this stigma, has been the foremost responsible factor by all types of discrimination and marginalization suffered by people with mental disorders.

5. Community-based services should have a preponderant role not only in terms of services provision, but also in terms of training of health workers. Safeguarding patients human rights is another main element. Therefore, WHO strongly favours community-based mental health care systems and considers psychiatric hospitalization as an exceptional situation when every other possible alternative treatment has failed. Where absolutely necessary, psychiatric hospitalization should be done, but taking into consideration the medical and legal principles in the best interests and in the least restrictive environment.

6. In 1991, the United Nations General Assembly adopted Resolution 46/117, on the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, a set of 25 principles guiding those issues. This Resolution has since become the fundamental document on which to base, when drafting new mental health legislation or when improving an existing one. Those Principles provide, *inter alia*, that people should have the right to the best available mental health care, in the least restrictive environment. More specifically Principle 3 states that every person with a mental illness shall have the right to live and work in the community, and Principle 7 reaffirms that every patient shall have the right to be treated and cared for in the community in which he or she lives.

7. Our experience in mental health services organization - based on careful monitoring of developments in WHO Member States - has indicated that the most successful countries or regions in replacing the classical and old hospital-based model for the more convenient community-based one are those which have phased out mental hospitals gradually, i.e., over a period of some years.

8. It is important to note that whichever existing system is in place, not be simply destroyed without replacement, but rather that antiquated, no longer efficient systems be substituted by modern, efficient and user-friendly models of care. This is best done when conducted in full consultation with those most directly concerned, the persons with mental disorders. Of course, due consideration should be given to the local socio-cultural and economic characteristics and variations.

9. Full respect of human (civil, political, social and economic) rights is of primary concern, as well as consideration of the scientific advancements and the state of the art mental health care. In this regard, at the end of the XX century, the best available information indicates that the classical mental hospital - which became identified with the stigma attached to mental health and a place where abuses of human rights of all sorts are extremely frequent - no longer is an adequate answer to the problems posed by the adequate control and management of mental disorders, and that its gradual substitution by more humane, scientific and efficient models of care is greatly and urgently needed.

10. Although the types of care can be addressed by administrative and regulatory mechanisms, it seems that the best way to achieve the above guiding principles promoted by WHO is through the formulation of a clear policy, expressed by a clear and concise law which sends an unequivocal message to all those concerned, persons with mental disorders, their families, mental health workers and society as a whole.

J. Bras. Psiq. 44(4), 159-167, 1995

Desospitalização

Carol Sonenreich, Luis de M. Altfender Silva Filho

Resumo

O termo "desospitalização" entrou nos programas de saúde mental, nas regiões as mais ricas do mundo, nos anos 60 (Califórnia, EUA, UK). O argumento mais usado era: "o hospital psiquiátrico cronifica". As pesquisas não o confirmam, nem para autores que inicialmente o sustentavam. Amplos estudos constatam que certos casos evoluem para deterioração mesmo com tratamento aplicado fora do hospital. A internação em hospitais ruins prejudica, mas melhorando as condições dos mesmos, o estado do paciente melhora. Portanto o mal não está na hospitalização em si, mas na má qualidade de certas instituições. A associação entre alterações cerebrais e sintomas deficitários prova, para certos autores, que a evolução crônica depende da natureza da doença e não do ambiente no qual se realiza o tratamento. Nas familias de intensa expressão emocional, o risco de recaída é proporcional com o número de horas passadas pelos pacientes, no lar.

Serviços comunitários aptos a substitutir o hospital não foram criados em medida suficiente em nenhum país. A experiencia italiana, com a lei 180/1878, é considerada por muitos um fracasso, um desastre. Mesmo seus defensores admitem que ela não deu os resultados esperados, porque não foram alocadas verbas necessárias para os cuidados alternativos.

No HSPE de São Paulo, trabalhamos desde 1960 com ambulatório, hospital-dia, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, oficina abrigada. Inicialmente nos iludimos com a idéia de abolição do hospital psiquiátrico. Quase trinta anos de experiencia nos levaram a entender que tal proposta é ingênua, decorrente de falta de informação. Nosso combate continua contra as más condiçòes materiais e humanas nos hospitais. O objetivo é ampliar o tratamento ambulatorial, limitar ao estritamente necessário a internação, desenvolver os cuidados comunitários. Extinguir os hospitais psiquiátricos seria criar graves problemas para doentes e suas famílias; seria irresponsabilidade.

IDÉIAS, DEBATES E ENSAIOS

Desospitalização

Carol Sonenreich[1], Luis de M. Altenfelder Silva Filho[2]

Resumo

O termo "desospitalização" entrou nos programas de saúde mental, nas regiões as mais ricas do mundo, nos anos 60 (Califórnia, EUA, UK). O argumento mais usado era: "o hospital psiquiátrico cronifica". As pesquisas não o confirmam, nem para autores que inicialmente o sustentavam. Amplos estudos constatam que certos casos evoluem para deterioração mesmo com tratamento aplicado fora do hospital. A internação em hospitais ruins prejudica, mas melhorando as condições dos mesmos, o estado do paciente melhora. Portanto o mal não está na hospitalização em si, mas na má qualidade de certas instituições. A associação entre alterações cerebrais e sintomas deficitários prova, para certos autores, que a evolução crônica depende da natureza da doença e não do ambiente no qual se realiza o tratamento. Nas famílias de intensa expressão emocional, o risco de recaída é proporcional com o número de horas passadas pelos pacientes, no lar.

Serviços comunitários aptos a substituir o hospital não foram criados em medida suficiente, em nenhum país. A experiência italiana, com a lei 180/1978, é considerada por muitos um fracasso, um desastre. Mesmo seus defensores admitem que ela não deu os resultados esperados, porque não foram alocadas verbas necessárias para os cuidados alternativos.

No HSPE de São Paulo, trabalhamos desde os anos 60 com ambulatório, hospital-dia, enfermaria psiquiátrica em hospital-geral, oficina abrigada. Inicialmente nos iludimos com a idéia da abolição do hospital psiquiátrico. Quase trinta anos de experiência nos levaram a entender que tal proposta é ingênua, decorrente de falta de informação. Nosso combate continua contra as más condições materiais e humanas, nos hospitais. O objetivo é ampliar o atendimento ambulatorial, limitar ao estritamente necessário a internação, desenvolver os cuidados comunitários. Extinguir os hospitais psiquiátricos seria criar graves problemas para doentes e suas famílias; seria irresponsabilidade.

Unitermos: psiquiatria; instituições psiquiátricas; hospitalização; saúde mental

Não é uma palavra de ordem muito nova. Na Inglaterra já tinha sido prevista a redução do número de leitos para doenças mentais de 3,3/por mil habitantes em 1960, até 1,8 em 1975 (Bennett, 1969). Nos EUA se lançavam os conceitos de *Psiquiatria Comunitária* (Freyhan, 1966). Os serviços psiquiátricos no hospital geral, o hospital-dia, o atendimento domiciliar, o ambulatório eram citados como a mais importante realização, nos últimos anos, na luta contra as doenças mentais (Mopp, 1986). Na Nigéria se tentava o tratamento dos esquizofrênicos na comunidade (Lampo, 1966). Desde os anos 60, o número de leitos para doenças mentais foi reduzido em muitos países, especialmente nos mais ricos.

Acreditamos que os que sustentam e realizam tal política partem das várias idéias:

1. A hospitalização é prejudicial em si; cronifica, aliena, demencia.

2. O hospital é um recurso menos bom do que os outros.

3. A existência dele mobiliza todos os recursos financeiros e impede a criação de formas de atendimento ambulatório.

4. A internação psiquiátrica estigmatiza, humilha, brutaliza.

Achamos necessário oferecer algumas informações:

[1]Diretor do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital do Servidor Público Estadual FMO, São Paulo, SP.
[2]Médico Psiquiatra do Hospital do Servidor Público Estadual FMO, São Paulo, SP.

© 1995 - ECN Editora Científica Nacional Ltda.

1. A afirmação: *a hospitalização cronifica, aliena, demencia, deteriora* (Barton, 1969) não tem bases científicas. É um preconceito que certos autores tentaram provar.

O bom senso fazia os autores do século passado pensarem que, desde que a doença mental instala-se em pessoas que vivem na comunidade, interná-las seria o meio de protegê-las dos fatores patogênicos, das condições nas quais adoecem, criar possibilidades para estudar a doença, descobrir meios de tratá-la. É categoricamente falso dizer que o *asilo* não tinha objetivos terapêuticos e funcionava apenas como uma prisão não-declarada. Também é inegável que as boas intenções não bastaram e que as condições de vida na maioria dos hospitais psiquiátricos eram péssimas, os tratamentos precários. Contra estas condições, os psiquiatras protestavam da mais nítida maneira, sem obter o apoio das autoridades.

Atualmente, tomando em consideração as más condições nas instituições públicas, na linha do bom senso, apareceu a idéia de responsabilizar a hospitalização pelo processo de demenciação. Foi estudada a hipótese: *quanto mais curta a internação, quanto maior o contato com a comunidade, mais favorável a evolução clínica e menos problemas de readaptação nas famílias*. Comparando a evolução durante 5 anos, dos internados em 3 hospitais, desde 1956, a hipótese não foi confirmada: não se constataram diferenças significativas em relação com a duração da hospitalização (Brown et al, 1966).

Em 1970, Wing e Brown constatavam que a melhora das condições em certos hospitais associou-se com a melhora dos distúrbios de muitos dos pacientes internados em 1960. Em 1978, Wing escrevia: *"O institucionalismo não causa esquizofrenia; pelo contrário, ela é uma reação secundária às pressões sociais que são por sua vez reativas"* (p. 173). E em 1990 constatava que não é a internação em si quem prejudica, mas as condições ruins de funcionamento de certas instituições. Inclusive: *"as tendências gerais dos resultados podiam, como se notou, ter sido previstas em função do conhecimento das personalidades dos superintendentes médicos dos três hospitais"* (p. 824). Wing observa que se fala de fechar hospitais, embora estruturas alternativas baseadas no modelo *Worcester Development Project* não foram realizadas. Preocupa-se com a falta de suporte para as pessoas mandadas para as instituições comunitárias paramentais. Muitas funções do asilo podem ser assumidas por uma variedade de agências separadas geográfica e administrativamente, "mas a fragmentação das funções e a falta de uma forte política de criação de recursos, particularmente quando associada com pobreza de recursos, pode levar a desastres" (p. 825).

Queremos salientar dois aspectos:

a) As más condições do hospital prejudicam; se elas melhoram, o resultado terapêutico se faz sentir.

b) As garantias governamentais de não fecharem hospitais sem providenciar recursos alternativos não foram respeitadas, na rica Inglaterra.

c) A internação em si não é prejudicial; as condições de atendimento nos hospitais podem ter efeito bom ou mau.

Outras pesquisas produzem resultados que argumentam no mesmo sentido:

a) Fora do hospital, com tratamentos ambulatoriais vários pacientes evoluem para cronicidade.

A percentagem de cronificação é muito similar entre hospitalizados e aqueles que receberam assistência exclusivamente extra hospitalar (Arranz e Ganoza (1986), Barcelona).

A internação prolongada tem pouco efeito sobre os déficits da esquizofrenia crônica (Abrahamson, 1993; Curson, 1992; Mathai, 1985).

A desospitalização pode ter influenciado a diminuição das percentagens de boa evolução dos casos de esquizofrenia (Hegarty, 1994; Soni, 1992).

Na Alemanha, nos abrigos protegidos *(Nursing Homes)*, os esquizofrênicos são pelo menos tão deteriorados quanto os hospitalizados (Kunze, 1985).

Na Itália, a política territorial alternativa demonstrou a necessidade de considerar cada pessoa no seu próprio contexto e que é necessária uma redefinição conceitual da psiquiatria, o conceito de crise, de cronicidade... *"Aparece claro que a deterioração não pode ser assimilada à hospitalização prolongada, já que as instituições da moderna psiquiatria, pós-reforma... começam produzir deteriorações diferentes pela quantidade e qualidade daquelas do manicômio, mas não menos importantes" (Bisacco et al., 1986).*

b) Um grupo de 32 esquizofrênicos, internados há pelo menos 5 anos, com sinais de deterioração (considerados fenômenos residuais irreversíveis e associados com atrofia cerebral), foram submetidos a terapia biológica, psicoterapia individual, familiar, ocupacional. O seguimento começado em 1977, foi mantido durante 10 anos. Entre eles, 22 apresentaram melhora suficiente para terem alta, 2 tiveram alta, com breves períodos de reinternação, 4 permaneceram internados mas com melhora sintomática, 4 continuaram internados, sem melhora alguma, 2 faleceram durante o período. Portanto 22 (68,75%) considerados deteriorados, com sintomas negativos, apesar da prolongada hospitalização, melhoraram. A falta de tratamento em certas instituições de má qualidade tinha prejudicado os casos, mas não provocou alterações irreversíveis (Donnoli, 1991). Para Lewis (1990), a associação entre sintomas deficitários (negativos, alterações ventriculares e resistência ao tratamento), argumentaria contra a idéia de que a hospitalização causa prejuízos ao esquizofrênico. Tais tipos de doentes, com ou sem tratamento, com ou sem hospitalização, evoluem para deterioração. Em função das qualidades do hospital, o doente pode ser bem ou mal tratado. Não é a hospitalização em si que prejudica, mas as características da instituição.

É ampla a literatura que constata evolução fatal de certos casos de esquizofrenia, ou depressões resistentes a qualquer tentativa terapêutica. Tais casos se deterioram com ou sem hospitalização (Goldman, 1983; Bellock, 1986).

Do ponto de vista da psicopatologia, funcionamento social, relacionamento interpessoal, os resultados do tratamento aplicado na comunidade, e aqueles obtidos nos hospitais, são iguais, na pesquisa de Schene (1993). O

tratamento ambulatorial seria mais aceito pelos pacientes. Também mais prolongado. Portanto o tratamento na comunidade seria uma alternativa *realista*, para um terço (sic!) dos pacientes internáveis. Exige, claro, amplos recursos para o tratamento do próprio paciente e da sua família. Nestas condições, as esperanças dos anos 70 podem ser consideradas confirmadas, embora somente em um terço dos pacientes.

As alocações financeiras são um problema constante. As intenções do governo americano de reduzir, em 1994, em 1,2% os fundos destinados a NIMH, e em 1,7% os do Instituto de Tratamento do Alcoolismo, são consideradas alarmantes, e se baseariam numa *"conspiração do silêncio"* (Friedman, 1993). A saúde mental sofreria séria discriminação. Para as doenças físicas convencionais, as alocações orçamentárias são incomparavelmente maiores (Senador Dominici, 1993). A inequitável alocação de recursos, a falha em desenvolver serviços indispensáveis marca o problema. Apesar das dificuldades de estudar cientificamente a *qualidade de vida* dos doentes mentais, podemos identificar problemas indiscutíveis neste setor (Coid, 1993).

Resumindo: no primeiro mundo, as condições consideradas necessárias para poder reduzir as internações psiquiátricas não são realizadas. E as boas intenções não bastam.

c) O conceito de *Famílias de intensa expressão emocional* tem significado para o tema que nos interessa aqui. Desde 1962 (Brown) apareceram estudos provando que a vida de família influencia às vezes de maneira desfavorável a evolução da esquizofrenia. O esquizofrênico é altamente sensível ao ambiente social, e o índice de emoção expressa por um parente chave era o melhor preditor de recaída nos primeiros 9 meses após a alta hospitalar. O índice alto de expressão emocional correspondia a 58% das recaídas; o índice baixo, a 16%. Altamente significativa ($p < 0,001$), a diferença (Vaughn e Jeff, 1976). Em 1984 (Vaughn et al.), 1985 (Leff et al.), 1987 (Wit et al.) continuam estudando e confirmando: a convivência ou parentes com a atmosfera do lar pode ser altamente estressante. Acima de 35 horas por semana, o contato com pessoas de alta expressão emocional torna-se condição de recaída. Os efeitos negativos podem ser diminuídos pelo uso de neurolépticos, pelo tratamento realizado com os familiares. As recaídas podem ser diminuídas, reduzindo a convivência com tais pessoas para menos de 35 horas semanais.

Na Índia, a esquizofrenia tem prognóstico melhor do que na Europa e América do Norte porque os indianos são mais reservados nas suas manifestações (Wig, 1987).

Para diminuir o efeito patogênico da convivência com os parentes, os autores propõem e estudam o tratamento das próprias famílias (Hogarty, 1991).

A vida de família, portanto, não é forçosamente condição de melhora da doença mental. Em oposição, a hospitalização não pode ser automaticamente declarada prejudicial.

d) Uma posição mais moderada: o hospital psiquiátrico não é obrigatoriamente fator de demenciação, deterioração. Nem ficar em família é, naturalmente, melhor para paciente e para os outros membros da família (que também tem direito à saúde mental). Mas: o hospital psiquiátrico não tem condições de atender todas as necessidades do paciente, do ponto de vista das enfermidades somáticas. Obviamente, um serviço psiquiátrico no hospital geral teria, sob este aspecto, melhores condições.

A eficácia dos serviços comunitários de saúde mental precisaria ser estudada deste ponto de vista. Num estudo (Marriot, 1993) nos apresenta vários problemas. Os casos novos, em proporção de 2/3, são encaminhados para tratamento pelo clínico geral. Constata-se uma falha no atendimento de certos grupos: mulheres casadas, velhos, pessoas de mais baixo nível de estudo. O resto de 1/3 de casos é encaminhado por agências sociais, conhecidos, voluntários, polícia, serviços de emergência, hospitais que recebem acidentados; 60% dos esquizofrênicos não tinham contato com o clínico geral. Os afro-caribenhos tinham um contato primário mais pobre. O encaminhamento feito pelo clínico geral é certo ou errado, na mesma proporção que o encaminhamento feito por outros agentes.

A eficiência dos diferentes serviços não foi suficientemente estudada.

e) Uma das afirmações repetidas com o objetivo de desacreditar o *manicômio* é: o hospital psiquiátrico nunca teve objetivos terapêuticos, sendo seu objetivo isolar os *loucos*, impedi los de falar. Trata-se de declarações de má fé.

Desde que existem hospitais psiquiátricos, eles se querem terapêuticos. Isto aparece claro nos textos psiquiátricos da época e é confirmado pelos estudos dos historiadores. A *Casa de Orates* aberta em Valladolid (1489), as de Valência, Sevilla, Toledo, Granada (abertas nos séculos 15 e 16) declaravam suas intenções curativas (Conde Lopez, 1994; Guzman, 1994). No mesmo sentido manifestavam-se Burton (1621) na Inglaterra, como atestam os pesquisadores britânicos atuais (Digby, 1985). Gorb (1994) nos informa sobre as terapias nos hospitais americanos, antes de 1800. Evidentemente, os recursos terapêuticos eram aqueles dos tempos respectivos. Alguns, para nós, verdadeiras barbaridades, mas congruentes com o que se fazia nos outros ramos de Medicina.

Aliás, segundo Tosquelles (1992), o primeiro hospital psiquiátrico na Europa foi aberto pelo padre João Gilberto Jofre, em Valencia, 1409. O hospital geral apareceu depois. Afirmando que o hospital psiquiátrico, como a psiquiatria, é criação da burguesia que desejava isolar, calar o doente, Foucault e vários outros se enganam, por falta de conhecimento do que acontecia fora da França.

O hospital psiquiátrico mostra-se freqüentemente abaixo das necessidades. Deve ser corrigido, melhorado, se não se adequar, fechado. A condenação do mau hospital não significa proscrever a instituição, o princípio da hospitalização.

2. Autores contra a abolição do Hospital Psiquiátrico

São numerosos aqueles que consideram nociva a idéia de fechar os hospitais psiquiátricos.

Thornicroft e Bebbington (1989) constatam que as *"clubhouses"*, os centros diurnos desenvolvidos para atividades sociais, não podem satisfazer as necessidades de tratamento propriamente dito. Para demência senil, distúrbios de comportamento, psicóticos, agressivos, esquizofrênicos crônicos, os serviços comunitários não são suficientes. Faltam programas educacionais para a população que continua sendo intolerante e discriminatória para com os doentes psíquicos. O custo do tratamento é demais alto, sem contar os prejuízos causados aos vizinhos, as atividades ilegais, o desemprego. Os familiares dos pacientes desospitalizados apresentam mais sintomas de depressão e necessitam de assistência. A desinstitucionalização foi feita, mas as novas providências necessárias não foram tomadas. Os ex-internos ficam isolados, segregados, empobrecidos, subestimulados. Estão expostos a muitas desvantagens e riscos.

Lawrence (1991) registra apelos para a volta a cuidados do tipo de asilo antigo. Abrahamsom (1993) apóia: *asilo* parece substituir *comunidade*, como palavra na moda. Houve uma fase de ideação dos cuidados comunitários, mas nos encaminhamos para desilusão e reinstitucionalização (Elpers, 1987).

Na Espanha *"conseguiu-se estabelecer claramente que a hospitalização psiquiátrica total é uma necessidade assistencial básica e fundamental, um direito da pessoa e um dever da sociedade perante o indivíduo em momento de crise e manifestação aguda da sua patologia"* (Fontana et al., 1992).

No México, *"o fechamento dos hospitais psiquiátricos seria caótico"* (Lions e Callazos, 1992).

"Quando o governo planeja reduzir o número de leitos nos hospitais de doenças mentais, particularmente aqueles de longa internação, está tomando pouco em conta a realidade na Holanda, e valorizando várias idéias erradas com respeito a institucionalismo e cuidados comunitários" (Giel, 1986).

Nos EUA (1983), o grupo para o progresso da psiquiatria concluía que, afirmar que os cuidados comunitários são melhores do que os hospitalares, é anedota, engano, decorrente da falta de dados sérios para comparar.

Fechar o hospital psiquiátrico seria um erro muito sério (Eisenberg, 1973); provocaria novas formas de cronicidade e graves prejuízos para os familiares dos pacientes. Se fala de *desastre da desinstitucionalização* (Talbott, 1985).

Em Cuba, os sistemas locais de saúde (Silos) e a rede de atenção primária à Saúde (APS) pretendem equilibrar a distribuição de recursos humanos e naturais, *descongestionar* (não abolir!) os serviços hospitalares das atividades que podem ter alto índice de solução de problemas com menor custo. Estas propostas foram desenvolvidas com resultados variáveis. Também aqui fala-se de *falta de vontade política dos governantes*, e em outros casos, da impossibilidade de coordenar as ações das diversas unidades da rede, da falta de recursos materiais e humanos. Em muitos casos se estabeleceram redes com critérios de *medicina simplificada*, fundamentalmente para populações com recursos escassos, grupos étnicos(?), rurais, marginais-urbanos. É necessário modificar as concepções rígidas tradicionais do hospital, mas tornou-se evidente a subestimação do hospital dentro da rede.

No ambulatório estudado, não funciona atendimento psiquiátrico. Nem nas consultas externas do hospital, que, porém, interna doentes psíquicos. Os autores acham que deveria se transformar o conceito de hospital base, em hospital de apoio (Cabrera, Shainblatt, 1991).

No Brasil, um projeto federal e vários estaduais, visando a saúde mental, provocaram tomadas de posição diante da questão – implícita do hospital psiquiátrico. Tais projetos pretendem defender a dignidade do paciente, os direitos dele a tratamento adequado, a respeito da sua pessoa. Postulam a criação de recursos para cuidar da saúde mental na comunidade. Sem, porém, basear-se no mínimo estudo das necessidades da população. Mas, ainda mais grave: 1. tal projeto proíbe a criação de novos hospitais psiquiátricos e a extinção dos existentes, e 2. trata o distúrbio mental como se não fosse uma doença cujo tratamento compete à medicina, incluindo na elaboração diagnóstico e decisão do tratamento, pessoas sem formação médica.

Acreditamos que os aspectos construtivos destes projetos fizeram que a ABP os apoiasse, sem propor a correção das falhas. O Conselho Nacional de Saúde *encampou* o parecer do Conselho Federal de Medicina sobre a lei Delgado. A resolução do Conselho Federal de Medicina (1408/94), de maio de 1994, recomenda normas éticas para o atendimento a pessoa com transtornos mentais (aplicação de tratamento conforme os padrões médicos, consulta do paciente, abolição de celas fortes e camisas de força, consulta para tratamento intensivo e psicocirurgias de médicos externos indicados pelo CRM, liberdade ao médico assistente, etc.). Mas esta resolução não faz referência alguma à extinção dos hospitais psiquiátricos, o que nos parece fundamental nos projetos de lei em pauta (ver em *Psiquiatria Hoje*. Órgão Oficial da ABP, 1994; 19:2).

Podemos citar aqui várias manifestações de psiquiatras brasileiros, com respeito à abolição do hospital psiquiátrico.

Sávio (1993) acha que o hospital psiquiátrico deve ser fechado quando foi substituído por recursos melhores. Deixar de lhe atribuir recursos, para que se feche, seria *"omnificina"*.

Zusman (1992) insiste: os movimentos que condenam os manicômios devem levar em conta que antes de simplesmente desativá-los, é necessário criar uma nova mentalidade junto à população, e alternativas criteriosas de assistência. Os interesses econômicos não devem falar mais alto do que a preocupação com o ser humano.

Saide (1994) protesta contra a versão atual do ideário antipsiquiátrico que nos acusa de seqüestradores.

Macieira (1993) denuncia tendências aventureiras obscuras nas idéias e nas ações, liquidacionistas, que pretendem acabar com a hospitalização.

Menezes (1993) conclui seu estudo considerando a desospitalização negativa, se não tivermos investimentos na

Certas declarações são demais contundentes:

"É por demais conhecido para ser necessário recordá-lo neste lugar, que a assistência psiquiátrica vive na Itália um momento particularmente angustiante... encontramos no campo pessoas abandonadas, por terem sido despedidas de instituições manicomiais..." (Zenaldo, 1986, Torino).

Sobre a situação em Arezzo, considerada região de maior sucesso da reforma, podemos ler: *"... o hospital é um "gueto", no qual ratos e esconderijos convivem com os doentes... o pão de sábado até segunda permanece abandonado num lugar onde as baratas encontram guarida... As oficinas protegidas, considerados lugares de exploração, foram fechadas. O ambiente é hostil. As equipes pluriprofissionais limitam-se à distribuição maciça de remédios, em ambulatórios apinhados, fechados no sábado, domingo e dias santos...".*

Nos Hospitais gerais os doentes psíquicos ficam em ambientes fechados instalados no porão, para evitar desfenestração, em condições de promiscuidade insuportável, tomando doses inconcebíveis de psicofármacos, até serem devolvidos às famílias (Pederzini, 1986, Milano). Que a reforma privilegiou as instituições particulares, portanto os pacientes ricos, ninguém nega. Um proclama: devemos ter a coragem de admitir nossos erros e a humildade de recomeçar (Papeschi, 1985, Lucca). Outro insiste: a privatização, decorrente da reforma, produz uma legítima insatisfação, mas revogar a lei não é legítimo: a luta antimanicomial é um símbolo (Pascalis, 1986, Perugia).

Os jornais constatam que a classe operária foi a mais prejudicada pela lei 180 (Republica, 22.9.1981), e divulgam *"estranhos rumores de mortes inexplicadas e de suicídios absurdos"* (La Stampa, 22.11.1983).

Em 1991, o Ministro Italiano da Saúde, Fr. Di Lorenzo, declarava que a Lei 180 (Rafasas Hospitalarias, Madrid, 189, 34, p. 2729) foi elaborada para melhorar a situação dos doentes armazenados. O remédio foi quase pior que a doença. Seguiram verdadeiras tragédias e atos de violência. A Lei tinha muitos méritos, mas ficou no papel. As famílias foram muito maltratadas. Os pais procuram um centro assistencial que não existe. Doze anos depois, a situação é dramática. Uma nova lei deveria ser aprovada nos primeiros meses de 1991, para corrigir esta triste realidade. As internações não seriam mais aprovadas pelos prefeitos: o médico da família, confirmado pelo psiquiatra, pode decidir. O Departamento de Saúde Mental providenciaria ambulatório, visitas domiciliares, terapia para famílias. Não será mais dada alta, com a simples recomendação de algumas gotas de remédio. O doente poderá permanecer internado o tempo necessário para recuperação. Não seria mais abandonado. Se criariam serviços com 40 camas para crônicos...

O respectivo ministro não está mais no governo. Talvez ele nunca foi um entusiasta da Lei 180, mas foi seu partido que governava em 1979. De qualquer modo o balanço não é invejável.

4. A reforma italiana despertou o entusiasmo de muitos autores, e, do mundo inteiro, estudiosos foram lá, para aprender, participar. Metge, militante trotskista, grande admirador de Basaglia, publicou em 1980 seu estudo com um prefácio de Robert Castel. Basaglia (diz Metge) não queria uma desinstitucionalização *"à americana"*, como na Califórnia onde os hospitais eram fechados e os doentes jogados na rua; ou como no Canadá onde em 1971 o hospital era fechado e os doentes passavam aos cuidados da comunidade (p. 25). Basaglia denunciava a *psiquiatria de propaganda*.... Felizmente, na Itália, os hospitais públicos dependiam das Províncias de modo que radicais como Basaglia e outros poderiam dirigi-los. Se a administração era vermelha, escolhia diretores *camaradas e democratas* (p. 32). Depois da Lei 180/1978, continuava existir a internação *oficial*, mas proposta pelo médico da unidade local de Saúde, em casos de alterações graves do estado mental, ou por razões de saúde pública (p. 36). Antes de ser um doente, o paciente é um homem sem poder social, econômico, contratual. A Psiquiatria Democrática, sem negar a doença mental, abordava o problema de maneira própria. O hospital sendo o principal inimigo, deve ser abolido. Em Gorizia, Basaglia foi nomeado diretor em 1961. Em 1962 o primeiro serviço de crônicos tornava-se aberto. Em 1963 apareciam o jornal e o clube dos pacientes. Em 1964 a primeira comunidade terapêutica iniciava reuniões diárias e passava responsabilidades progressivas aos doentes. Em 1965 mais 4 serviços tornavam-se abertos. Iniciavam-se assembléias em todos os serviços e uma geral. Em 1967 abria-se um serviço misto com mulheres e homens. Entre 1968 e 1972 deu-se a *grande luta para a saída do hospital*. Certos pacientes tinham licenças de saída. Outros deixavam o hospital definitivamente, obtendo situações no exterior. Os enfermeiros faziam visitas domiciliares. Alguns ambulatórios eram abertos e nasceu a idéia de hospital-dia. Em 1969 Basaglia deixava Gorizia indo para Parma (p. 81).

As comunidades terapêuticas iniciadas na Inglaterra por Maxwell Jones, desde os anos 40 eram repudiadas por Basaglia: ele não queria fazer da comunidade terapêutica uma instituição; a instituição devia ser negada (1968, Turim, Enaudi).

Metge acha impróprio falar do *Fracasso de Gorizia*; a experiência teria pelo menos demonstrado que o doente mental não é perigoso (p. 87). É verdade que em 1977 (16 anos depois do começo das reformas) havia ainda 430 *hóspedes*, velhos e débeis profundos pelos quais não se achavam soluções. Mas tinha ficado apenas um só pavilhão fechado para urgências (p. 115). Certos *hóspedes* estavam em estado de semidependência. Outros recusam trabalhar no exterior. Outros eram excluídos dos centros de higiene mental porque perturbavam demais. E havia ainda as recaídas... (p. 123).

Uma tarde, entrando lá, Metge encontrou doentes *nus, desarmados, abandonados, cheirando mal*... A maioria não falava, mas os mais vivos, procuravam um contato humano. Os enfermeiros, neste tempo, assistiam TV. A equipe médica estava bem consciente desta situação, mas os problemas do pavilhão dos mais regredidos não podiam ainda ser resolvidos (p. 106).

As reuniões dos pacientes com a equipe médica, apesar de vários incidentes, teriam um bom funcionamento. É

comunidade, incluindo o *"absolutamente necessário"* tratamento dos familiares.

A Sociedade Psiquiátrica do Rio Grande do Sul protestou energicamente contra a decisão do governo estadual respectivo, de extinguir o Hospital São Pedro (1992).

A psicóloga Bandeira (1992) pesquisou os conhecimentos de psicólogos que deveriam cuidar da saúde mental na comunidade. Constata que estes são muito baixos, insuficientes, subestimando a necessidade de medicação. Nos EUA, Canadá, onde a desinstitucionalização se realizou em grande medida, aumentou o contingente de reinternações de desabrigados, desempregados, presos. Os agentes sociais decidiram a desinternação por motivos políticos e econômicos. A simpatia incondicional à desinstitucionalização é baseada na crença errônea, de que o movimento se desenvolveu a partir de pesquisa científica...

Nascimento (1993), dirigente da *Associação de Familiares e Amigos dos Doentes Mentais da Bahia*, protesta contra as *"promessas mentirosas em épocas de eleições"*, e evoca as fases nas quais o doente mental não tem condições de conviver na comunidade. Fala da: *"expectativa cruciante face a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos..."*.

***

Achamos interessante lembrar depoimentos de pessoas hospitalizadas. Existem, sem dúvida, livros descrevendo a monstruosidade dos hospitais e dos médicos. Entre os mais sensacionalistas, o de Ferraton (1978) e o de Blanc-Lapierre, bastante absurdos para ninguém levá-los a sério. Do outro lado, é elucidativo ler William Styron, o escritor de romances e roteiros célebres (As confissões de Nat Turner, A escolha de Sofia) relatando como exigiu, e impôs, sua hospitalização e tratamento, até contra o aviso de seu médico. É o livro brasileiro assinado Barros, que conhece as misérias da internação, mas a considera às vezes indispensável e a reivindica ...(*"desejo ser internado se isto voltar a acontecer comigo..."* (p. 74).

3. O mais celebrado caso de desospitalização é italiano, bas.. na Lei 180 de 1979. Decorrendo das idéias de Franco Basaglia, a lei proibia a abertura de novos hospitais psiquiátricos, previa o fechamento progressivo dos já existentes e a criação de outros recursos assistenciais. A lei foi aprovada pelo parlamento italiano, e as instituições dirigidas pelo Basaglia ganhavam verbas da OMS, para se constituírem um modelo para o mundo inteiro.

Encontramos ainda propagandistas entusiastas do *modelo italiano*, mas também contestadores. Não fizemos uma pesquisa sobre as opiniões com respeito à situação da psiquiatria na Itália, depois da lei 180, mas certos estudos que encontramos são impressionantes.

Autores ligados às idéias de Basaglia, publicando numa revista (*Fogli de informazione*) à cuja diretoria pertence Franco Ongaro Basaglia, lamentam as falhas da reforma. A declaração usual é: os governantes não financiaram a criação de instituições (ambulatórios, serviços de atendimento médico e social, etc.) que deveriam responder às necessidades dos *desinstitucionalizados*. Os serviços em atividade seriam em geral insatisfatórios. Persiste a *manicomialidade* da forma mais degradante. Os serviços territoriais estariam *"saturados e se deu uma rápida institucionalização dos serviços de diagnóstico e tratamento"*. Em 6 províncias estudadas, a reforma estava lentificada ou completamente parada. O poder político prefere hospitais, serviços de diagnóstico e manicômios. Há grandes divergências entre administradores e ativistas e um fraco empenho para realizações de serviços territoriais (Piro, Oddati, 1983). A verba para saúde diminuiu e é necessária uma importante integração operacional da lei para que ela se torne praticável (Franca Ongaro Basaglia, 1988). Não se pode afirmar que a lei foi *implementada* já que a maioria das autoridades de saúde e administração não providenciaram as condições mínimas legislativas e econômicas requeridas pela lei original (Fagnoni, Saraceno, 1989).

Parece óbvio que a lei 180 não proporciona a *reforma* proclamada. Os que politicamente a apóiam culpam as autoridades. Fato é que seria impossível negar a decepção, dez anos depois da promulgação da lei.

Devemos lembrar que, inicialmente, elaborar uma observação clínica do paciente era considerado um ato policial, uma brutalidade. Era levado a sério o conceito de *estigmatização*, lançado por Scheff em 1966, embora o próprio critique em 1984 suas posições iniciais, admitindo que pelo menos certos casos eram realmente doentes e não *representavam* o papel de doente para agradar o *staff*. Os protagonistas da lei 180 nunca admitiram que Scheff poderia pelo menos ter exagerado... Chavões como *estigma*, *representar o papel* exigido pela instituição não foram momento algum postos em dúvida. Admite-se também que postulados prévios eram excessivos. Por exemplo: se clamava que redigir uma ficha de internação seria uma humilhação do doente, um ato policial, etc. Contudo, para avaliar a reforma, são necessários estudos, portanto é indispensável registrar dados sobre o paciente e sua doença. Uma ficha, impressa com itens para completar, uma documentação rigorosa, não significa estigmatizar, retirar o direito de cidadania do examinado (Salvia, 1984). É necessário o registro de dados, para prevenção. Eles mostraram que as remissões nos serviços públicos diminuíram, enquanto nas clínicas particulares apresentavam um leve aumento (Ammaniti e col., 1982). A hospitalização seria necessária para elaborar a identidade do delirante. Não podemos passar para uma permissividade absoluta; o conhecimento de seus próprios limites é terapêutico. A ação do psiquiatra deve representar, para o doente, a presença da realidade. O autor (Sarli, 1986) cita Basaglia, para sustentar tais afirmações.

A reforma italiana não foi *contra o asilo*, nem exaltaria a terapia comunitária. Pretendia apenas ultrapassar certa ideologia psiquiátrica, abolir os muros, as portas fechadas, a contenção física, a violência e a pobreza da instituição total. Desinstitucionalizar, na aceitação *forte* da palavra, significava desinstitucionalizar a psiquiatria, não desospitalizar o doente... (Saraceno, 1990).

Não há um só modelo prescrito; são necessárias *comunidades* para psicóticos graves (D'Onofrio, 1986).

verdade que em outros países, já tinham sido praticadas antes de Basaglia, e que por receio do risco de classificação e manipulação, os psiquiatras italianos evitaram submetê-los a um estudo aprofundado (p. 102).

Lovestone (1986) foi estudar a situação de um centro comunitário em Trieste. Viu as reuniões diárias da equipe, abertas para usuários, soube das duas noites semanais de esporte no estádio da cidade, as noites de músicas, as viagens ao campo cada 7 semanas, os 8 leitos em 4 quartos, as refeições para 35-40 pessoas. Em princípio, os médicos proclamam que o diagnóstico é um rótulo inútil, mas fazem diagnóstico e aplicam tratamento em conformidade com este. Os neurolépticos são usados como na Inglaterra, mas talvez em doses maiores. O centro não é considerado uma instituição, de modo que o usuário decide quando vem, quando não. No hospital San Giovanni o número de internados caiu de 1200 (1968) para 298 (1985). Estes se chamam hóspedes e vivem em 10 casas diferentes. Somente 48 permanecem trancados numa seção aparentemente intocada pela reforma. Na clínica universitária, as portas também estão trancadas e os pacientes usam pijamas de hospital.

Nos serviços psiquiátricos encontram-se antigos pacientes de longa internação, novos pacientes de longa internação, agudos, psicogeriátricos. Dos antigos hospitalizados de Trieste, somente 200 permaneciam internados. Lovestone voltou de Trieste *encorajado, mas sóbrio...*

Em 1988, nos hospitais psiquiátricos italianos ainda viviam 30.000 pacientes e *a reforma não trouxe modificações profundas no quadro geral dos cuidados psiquiátricos contrariando as expectativas de muitos* (Crepet, 1988).

Na Itália e nos EUA, países que levaram mais longe os *cuidados comunitários* e a desospitalização, *os doentes mentais sem teto, juntam-se em grandes cidades, dormindo em asilos públicos, privados de recursos e abandonados* (Drake, 1986).

***

Todas as propostas de Basaglia tinham sido feitas e aplicadas, em outros países, muito antes. Em 1830, Connolly, na Inglaterra, era favorável a *portas abertas e não-contenção...*

Em São Paulo, no HSPE, existem desde os anos sessenta a Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, Hospital-Dia, Oficina Abrigada, Atendimento Ambulatorial, Seção de Psicologia Médica, Terapia Ocupacional.

Os progressos de Gorizia não parecem ter sido nem mais vigorosos, nem anteriores aos realizados em tantos outros lugares. Porque são referidos como *modelo*? Ainda mais se podemos ter avaliações em termos tão pesados, como uns dos citados acima?

5. Desde os anos 60 defendemos formas de atendimento que não se limitem ao hospital, e que restrinja ao máximo as internações. O que se chamava *Comunidade Terapêutica* nos parecia um luxo, reservado a privilegiados e não acessível para as necessidades populares. Espécie de *boutique*, quando precisávamos de *supermercados* ou *feiras*. Conseguimos participar da introdução, nas instituições nas quais trabalhávamos, de melhoras que alguns proclamavam apanágio exclusivo das Comunidades Terapêuticas: reuniões dos internados e terapias grupais, terapia ocupacional, licenças de fim de semana, horários diários para receber visitas... Pensávamos que isto não basta, e defendíamos, como a literatura de lugares muito ricos, especialmente Califórnia, tratamento na comunidade e unidades psiquiátricas no hospital-geral. Conseguimos também participar da implantação, no HSPE, de São Paulo desta última. Junto com ambulatório, hospital dia, oficina abrigada, a Psiquiatria tem enfermaria no Hospital geral, desde 1965. Inicialmente, ao lado do prédio principal onde se situavam todas as outras enfermarias, os vizinhos imediatos da Psiquiatria eram a Oncologia e a Anatomia Patológica. Depois de muitos anos, e sacrificando uma grande parte do espaço que nos era atribuído nos instalamos de fato entre as outras clínicas, mais exatamente, no 3º andar, frente à Pediatria. Antes da mudança, um abaixo-assinado das mães protestava contra o perigo da aproximação da Psiquiatria. Não temos dúvida alguma que eram os colegas de outras especialidades que transmitiam este medo. Não foi, porém, difícil a convivência com os outros serviços. Mas, nosso espaço e o número de leitos disponíveis diminui consideravelmente. Desde o começo de 1994 trabalhamos com 16 leitos. O Hospital-Dia não tem espaço próprio, de modo que suas atividades se realizam numa das salas da superaglomerada enfermaria.

A unidade no hospital geral corresponde à nossa visão da Psiquiatria e podemos afirmar, depois de quase 30 anos de experiência, que ela cumpre suas tarefas. Não sem dificuldades. O confinamento num espaço tão limitado como uma enfermaria hospitalar é, em certos casos, um sério problema. Em certos casos aumenta a tensão, a agitação dos pacientes e precisamos lidar com a excitação produzida pelas próprias condições de hospitalização. O tempo de internação é freqüentemente maior do que a média das outras clínicas, o que constitui problemas com a administração. Acidentes, tentativas de suicídio, acontecem em todos os serviços médicos e cirúrgicos, mas quando isto ocorre na psiquiatria a imprensa não hesita em fazer escândalo. O que provoca nos administradores do hospital uma compreensível tendência de discriminar os pacientes psiquiátricos. Tentamos nos opor a instalação de grades ou redes às nossas janelas, no 3º andar, ou obter que sejam instaladas em todos os outros serviços. Tivemos porém que ceder às pressões, e, com todas as tentativas de disfarçar esta discriminação existe. Como existe um tratamento diferente dado aos nossos pacientes, pelo pessoal da segurança do hospital, dos guardas, e outros funcionários. Não podemos negar que foram os pacientes que, muitas vezes, provocaram, e que despertaram nos outros reações que os trabalhadores bem treinados num hospital psiquiátrico não teriam.

Apesar do número muito pequeno de leitos, sempre uma parte deles são ocupados, sem necessidade psiquiátrica no momento, por doentes esperando exames ou uma intervenção clínica ou cirúrgica, ou a transferência para outros serviços. Do ponto de vista psiquiátrico, po-

deriam ter alta hospitalar e continuar o tratamento no ambulatório, mas os distúrbios de outra natureza não permitem a volta para o lar e têm que esperar vaga em outros serviços.

A unidade de Psiquiatria no Hospital-Geral pode exercer todas as funções necessárias para um caso que impõe hospitalização. Mas por causa das 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 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. E usar e apoiar as boas.

Summary

Dehospitalization

In the 60's the term dehospitalization was used in the mental health programs in the richest parts of the world (California, USA, UK). The most used argument was: the psychiatric hospital chronifies. *It is not confirmed by the researches neither by those who initially approved it. Wide studies show that certain cases develop to deterioration even with treatment applied out of the hospital. The hospitalization in bad hospitals is prejudicial, but improving their conditions, the state of the patient improves. Therefore, the harm is not the hospitalization itself, but the bad quality of certain institutions. According to some authors, the association between cerebral alterations and deficient symptoms proves that the chronic evolution depends on the nature of the disease and not in the place where the treatment is being carried out. In families with intense emotional expression, the risk of relapsing is proportional to the number of hours spend at home.*

In any country of the world there are no sufficient Community Services that can substitute the hospital. Many scientists considered the Italian experience, law 180/1978, a disaster. Even those who defended the idea admit that it did not give the expected results, since funds were not allocated for alternative treatment.

Since 1960's we have been working at the Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), in São Paulo with outpatients, day-hospital, psychiatric ward in the general hospital and a place where the patients can work (oficina abrigada). In the beginning we got eluded with the idea of the abolition of the psychiatric hospital. Almost thirty years of experience showed us that such proposal is naive due to the lack of information. Our fight against the bad material and human conditions in the hospitals continues. The aim is to increase the outpatient attendance, to limit hospitalization to the strictly necessary and to develop community care. Extinguishing psychiatric hospitals would create severe problems for the patients and their families, it would be irresponsibility.

Uniterms: psychiatry; psychiatric institutions; hospitalization; mental health

Referências

• 1. ABRAHAMSON D – Institutionalization and the long-term course of schizophrenia. Br J Psychiatry, 102:533-538, 1993. • 2. AMMANITI M, D'EMILIO F, GUARNIERI M, MIRIZIO V et al – Imagine sul fenomeno de ricovere nella provincia Roma prima e dopo la legge 180. Quaderni di documentazione Prevenzione Malattie mentali. PMM, 11:1-4, 1982. • 3. ARRANZ T, GANOZA C – Factores de cronificación en el hospital psiquiátrico. Informaciones Psiq, 105:199-221, Barcelona, 1986. • 4. BANDEIRA M - Desinstitucionalização: Estão os Profissionais de Psicologia Preparados? Psicol Teor e Pesquisa, 8(3):373-384, Brasília, 1992. • 5. BARROS LF - Memórias do Delírio. Confissões de um esquizofrênico. Imago, Rio, 1992. • 6. BARTON R – La névrose institutionnelle. CEMEA. Ed. Scarabeé. Paris (ed. original 1966), 1969. • 7. BASAGLIA FO – Assistenza psiquiatrica: proposta de integrazione della lege 833. Prospettive Sociali e Sanitari, 15:1-4, 1988. • 8. BELLACK AS, MUESER KT – A Comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. Community Ment Health J, 22(3):175-178, 1986. • 9. BENNETT DH – El estabelecimento de Serviços comunitarios de Salud Mental en Gran Bretania. OMS. Viña del Mar – Chile, 1969. • 10. BISACCO G, VILLARI V, CRISTINA E – Di premesse e mecanismi di una esperienza comunitaria. Torino. Dipart. di Salute Mentale Ospedale Mauriziano SIMAP USL. Congr Bologna, 1986. • 11. BLANC-LAPIERRE M – Suis-je donc fou? Lafont, Paris, 1978. • 12. BROWN GW, BIRLEY JLT, WING JK – Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. Br J Psychiatry, 121:241-258, 1972. • 13. BROWN GW, BONE M, DAISON B et al – Schizophrenia and Social Care. London. Oxford University Press, 1966. • 14. CABRERA RG, SHAINBLATT BK – Cuba: la interrelación hospital-médico de la familia, dentro de las estrategias de la atención primaria de Salud. Educ Med Salud, 25(3):223-240, 1991. • 15. COID JW – Quality of life for patients detained in hospital. Br J Psychiatry, 162:611-620, 1993. • 16. CONDE LOPEZ V, FERNANDES JAM, CANTALAPIEDRA MJG, PLAZA NIETO JF – La casa de Orates de Valladolid (1489). Informaciones Psiquiatr, 135/136:29-33, 1994. • 17. CREPET P – The Italian Mental Health, Nine years on. Acta Psychiatrica Scandinavica, 77:515-523, 1988. • 18. CURSON DA, PANTELIS P, WARD J et al – Institutionalism and Schizophrenia: 30 years on. Br J Psychiatry, 160:230-241, 1992. • 19. D'ONOFRIO MR, GASCA G, PAVESE F, ZUCCOLIN M, MUNIZZA C – Doppo sforzo organizzativo all'Invento terapeutico. Dipartam Salute Ment. Nuova Astanteria Martini. Torino, 1986. • 20. DIGBY A – Moral treatment at the Retreat 1796-1846. In Bynum WF, Porter R, Shepherd M (eds). The anatomy of madness. Tavistock Publications. London. Vol 2, pp. 57-72, Cap. 3, 1985. • 21. DOMINICI PV – Mental Health Care Policy in the 1990's. Descrimination in Health Care Coverage of Serious Mentally Ill. J Clin Psychiatry, 59(suppl. 3):5-6, 1993. • 22. DONNOLI VF – Revision del concepto de deterioro de la personalidad en las esquizophrenias. Acta Psiquiat Psicol Amer Lat, 37(1):37-45, 1991. • 23. DRAKE ME Jr – Jactation nocturna after head injury. Neurology, 36:867-868, 1986. • 24. DRISCOLL CO – The TAPS Project 7: Mental Hospital closure. A literature Review of Outcome Studies and Evaluative Techniques. Br J Psychiatry, 162(suppl. 19):7-17, 1993. • 25. EISENBERG – Health Care: For Patients of for Profits? Am J Psychiatry, 143:1015-1019, 1986. • 26. EISENBERG – The Social Construction of Mental Illness (Editorial). Psychological Medicine, 18:1-9, 1988. • 27. ELPERS J – Are we legislating for reinstitutionalization? Amer J Ment Health, 6:80-87, 1987. • 28. FERRATON S – Ferraton le fou assassin. Solin. Paris, 1978. • 29. FONTANA J, TARAFA DG, LARUZA LS et al – La hospitalización Psiquiátrica Total: Pasado, Presente y Futuro. Informaciones Psiquiátricas, 128:511-520, Barcelona, 1992. • 30. FREYHAN FA – The Age of Community Psychiatry. Proc of the 4 World Cong of Psychiatry, 1:351-353. Excerpta Medica Foundation. Madrid, 1966. • 31. FRIEDMAN DX – Black Days for Research. The NIMH Admission Tax. Arch Gen Psychiatry, 50:512-516, 1993. • 32. GIEL R – Care of chronic mental patients in the Netherlands. Social Psychiatry, 21:25-32, 1986. • 33. GOLDMAN HH, ADAMS NH, TAUBE CA – Desinstitutionalization: The data demithologized. Hosp and Community Psychiatry, 34(2):129-134, 1983. • 34. GROB NG – The Mad Among Us. A history of the Care of America's mentally Ill. Free Press. New York, 1994. • 35. Group For the Advancement of Psychiatry – A reappraisal GAP report No. 03. Mental Health Materials Center. New York, 1983. • 36. GUZMAN MTG, HENERO JLG – Contribución de las Instituciones hospitalarias de la orden de San Juan de Dios. Informaciones Psiquiátricas, 135/136:35-41, Barcelona, 1994. • 37. HEGARTY JD, BALDESSARINI RJ et al – One hundred years of Schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. Am J Psychiatry, 151:1409-1416, 1994. • 38. HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ, KORUBLITH SJ – Family Psycoeducation, Social Skills Training and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 48:340-347, 1991. • 39. KUNZE H – Rehabilitation and Institutionalization in Community Care in West Germany. Br J Psychiatry, 147:261-263, 1985. • 40. LAMBO TO – Community factors

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ETQ - 0901 1436
EXMO.SR. JOSE SARNEY
DD. SENADOR FEDERAL
GAB. 05
70168-970 BRASILIA DF

SGAS - QUADRA 915 - LOTE 72 — CEP 70390-150 — FONE: (061) 346-9800 - FAX: (061) 346-0231 — BRASÍLIA - DF

MANIFESTAR-SE

FAVORÁVEL

AO PROJETO

ROMERO

Téléphone Central/Exchange: 791.21.11
Direct: 791 3617

In reply please refer to : MNH
Prière de rappeler la référence :

Senador Lúcio Alcântara
Senado Federal
Anexo 11 Ala Trancredi Neves - GAB. 53
Brasilia - DF
Brésil

Fax No. 55 61 323 5372

21 June 1995

Sir,

I have the honour to refer to our telephone conversations and the request contained in your fax message dated 19 June 1995 and take pleasure in sending you attached some guiding principles followed by WHO as far as mental health care legislation is concerned.

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

Dr J. A. Costa e Silva
Director
Division of Mental Health

1. In 1978, the World Health Assembly (WHA) adopted a Resolution based on the WHO/UNICEF Alma-Ata Report on Primary Health Care (PHC). Since then, this has been the most important and basic WHO policy in relation to health care. The main innovation in that report was the emphasis on community-based care and on community participation in all decisions related to health issues, at all levels. Among the main components of PHC strategy were the promotion of mental health, and the prevention, control and treatment of mental disorders.

2. In what refers to mental health care systems, WHO has always followed strictly that landmark Resolution and favoured a gradual transition from hospital-based mental health care towards community-based system of mental health care.

3. Other reasons which led WHO to support community-based care as the best alternative to hospital-based care, include the fact that the mental hospital (asylum style), established in the XV century and widely disseminated in the XVII century became obsolete, as a health care structure, fully overcome by the steady progress of biological, psychological and social sciences we witnessed in the XX century.

4. Born at times with social, cultural and political values quite different from those prevailing in the present, this kind of mental hospital became the depository and symbol of the high degree of stigma attached to mental patients and their caregivers, including both their families and health workers involved in their care. In turn, this stigma, has been the foremost responsible factor by all types of discrimination and marginalization suffered by people with mental disorders.

5. Community-based services should have a preponderant role not only in terms of services provision, but also in terms of training of health workers. Safeguarding patients human rights is another main element. Therefore, WHO strongly favours community-based mental health care systems and considers psychiatric hospitalization as an exceptional situation when every other possible alternative treatment has failed. Where absolutely necessary, psychiatric hospitalization should be done, but taking into consideration the medical and legal principles in the best interests and in the least restrictive environment.

6. In 1991, the United Nations General Assembly adopted Resolution 46/117, on the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, a set of 25 principles guiding those issues. This Resolution has since become the fundamental document on which to base, when drafting new mental health legislation or when improving an existing one. Those Principles provide, *inter alia*, that people should have the right to the best available mental health care, in the least restrictive environment. More specifically Principle 3 states that every person with a mental illness shall have the right to live and work in the community, and Principle 7 reaffirms that every patient shall have the right to be treated and cared for in the community in which he or she lives.

7. Our experience in mental health services organization - based on careful monitoring of developments in WHO Member States - has indicated that the most successful countries or regions in replacing the classical and old hospital-based model for the more convenient community-based one are those which have phased out mental hospitals gradually, i.e., over a period of some years.

8. It is important to note that whichever existing system is in place, not be simply destroyed without replacement, but rather that antiquated, no longer efficient systems be substituted by modern, efficient and user-friendly models of care. This is best done when conducted in full consultation with those most directly concerned, the persons with mental disorders. Of course, due consideration should be given to the local socio-cultural and economic characteristics and variations.

9. Full respect of human (civil, political, social and economic) rights is of primary concern, as well as consideration of the scientific advancements and the state of the art mental health care. In this regard, at the end of the XX century, the best available information indicates that the classical mental hospital - which became identified with the stigma attached to mental health and a place where abuses of human rights of all sorts are extremely frequent - no longer is an adequate answer to the problems posed by the adequate control and management of mental disorders, and that its gradual substitution by more humane, scientific and efficient models of care is greatly and urgently needed.

10. Although the types of care can be addressed by administrative and regulatory mechanisms, it seems that the best way to achieve the above guiding principles promoted by WHO is through the formulation of a clear policy, expressed by a clear and concise law which sends an unequivocal message to all those concerned, persons with mental disorders, their families, mental health workers and society as a whole.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

À Comissão de Assuntos Sociais, nos termos do art. 409 c/c 263, do Regimento Interno.

OFÍCIO CIRC. CFM Nº 115/95

Brasília-DF, 12 de julho de 1995.

Senhor(a) Senador(a),

Estamos encaminhando, para conhecimento de V.Exa., cópia da Nota Oficial "A Propósito da Reforma Psiquiátrica", publicada no Jornal O Globo do dia 08.07.95, assinada por este Conselho Federal de Medicina, pela Federação Nacional dos Médicos e pela Associação Médica Brasileira, referente à questão da referida reforma nos estabelecimentos manicomiais.

Outrossim, informamos a V.Exa. que a Nota em questão retrata fidedignamente o disposto na Resolução CFM nº 1.407 de 08 de junho de 1994, deste Conselho Federal de Medicina.

Sendo o que se apresenta para o momento, renovamos a V.Exa. nossos cordiais cumprimentos.

Atenciosamente,

WALDIR PAIVA MESQUITA
Presidente

O GLOBO

Sábado, 8 de julho de 1995

NOTA OFICIAL

A Propósito da Reforma Psiquiátrica

As três entidades representativas de todos os médicos brasileiros vêm a público para esclarecer, aos profissionais, usuários dos serviços de saúde mental e à população em geral, a respeito da reforma psiquiátrica, e a votação, em breve, pelo Senado Federal do Projeto de Lei de autoria do Dep. Paulo Delgado, já aprovado na Câmara dos Deputados, que propõe a extinção progressiva dos leitos hospitalares com características manicomiais e disciplina as internações compulsórias das pessoas com transtornos mentais.

Diversos Estados da Federação já aprovaram, em suas assembléias, legislações semelhantes e as colocaram em prática, sem que ocorresse qualquer interrupção na assistência, quebra da autonomia dos médicos e muito menos abandono dos doentes ou aumento da violência.

O que se observa, pelo contrário, é a criação de serviços com novas características, embora ainda em número muito aquém das necessidades, praticando modernas técnicas e padrões éticos elevados, que preservam a liberdade dos doentes, estimulam sua autonomia e combatem, vigorosamente, a sua discriminação e exclusão do meio social.

Após tantos anos de discussões e as transformações da assistência já implantadas em outros países, existe um consenso no apoio à reforma psiquiátrica, permanecendo discordantes, apenas, os desinformados e aqueles que defendem os interesses menores dos que se beneficiam economicamente da "indústria da loucura".

Apóiam o projeto em pauta, o Ministério da Saúde, a Organização Panamericana de Saúde, a Organização Mundial de Saúde e a Associação Brasileira de Psiquiatria, além de muitas outras instituições importantes dessa e de outras áreas.

As Entidades que subscrevem esta nota reiteram o seu apoio à reforma psiquiátrica e consideram que recente Resolução do Conselho Federal de Medicina, que tomou o número 1.407/94, estabelece normas éticas claras para o atendimento a pessoas com transtornos mentais.

A referida Resolução esclarece, de uma vez por todas, que a revisão das internações compulsórias, por parte de uma comissão independente representando a sociedade, legal e cientificamente competente, mesmo que composta por não-médicos, respeita a autonomia do ato médico. Entendemos que tal revisão complementa o ato médico, respaldando o profissional na delicada decisão de internar uma pessoa com transtornos mentais, devido aos já conhecidos agravos que tais internações provocam, do ponto de vista pessoal, jurídico e social.

WALDIR PAIVA MESQUITA — CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
EURÍPEDES B. CARVALHO — FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS
MÁRIO DA COSTA CARDOSO FILHO — ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Câmara Municipal de São Paulo

0088

REQUERIMENTO P - 435/90

-----Cópia autêntica. "VOTO DE CONGRATULAÇÕES COM A COMISSÃO DE SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DA CÂMARA FEDERAL, PELA APROVAÇÃO DE PROJETO-DE-LEI QUE PREVÊ AMPLA REFORMA DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO PAÍS.- REQUEREMOS à Douta Mesa, nos termos regimentais, ouvido o Plenário, seja consignado nos Anais desta Casa voto de congratulações com a Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara Federal, pela aprovação de projeto-de-lei que prevê ampla reforma do tratamento psiquiátrico do País. Tal requerimento se justifica na medida que a mesma preocupação que embasa o projeto aprovado está presente em nossa Lei Orgânica, no artigo 18 das Disposições Gerais e Transitórias. REQUEREMOS, outrossim, que do deliberado por esta Casa seja dada ciência à Presidência da Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social da Câmara dos Deputados e ao Deputado Federal Paulo Delgado, autor do projeto, em Brasília. Sala das Sessões, 26 de junho de 1990. (aa) Arselino Tatto, Albertino Nobre, Aldo Rebelo, Alex Freua Netto, Antonio Sampaio, Arnaldo Madeira, Bruno Feder, Chico Whitaker, Devanir Ribeiro, Fausto Tomaz de Lima, Irede Cardoso, Jamil Achôa, Jooji Hato, José Viviani Ferraz, Jucelino Silva Neto, Júlio César, Maurício Faria, Osvaldo Giannotti, Osvaldo Sanches e Pedro Dallari. APROVADO em 26-06-90. (a) Eduardo Matarazzo Suplicy". Eu, , extraí esta cópia fielmente do original. São Paulo, 06 de julho de 1990. Confere: Visto:

ALICE CECCHETTI CAMERA
Chefe de Seção Técnica II

M O Ç Ã O

Nós representantes de Entidades, Movimentos Populares e Sindicais, servidores da Saúde Municipal, Estadual e Federal, integrantes da I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, realizada nos dias 24, 25 e 26 de agosto de 1.990, vimos a público manifestar nosso apoio irrestrito ao Projeto de Lei Federal do Deputado Paulo Delegado e exigir a sua imediata aprovação, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, já aprovada na Comissão de Saúde da Câmara Federal, prestes a ser enviada ao Senado. E repudiamos todas as tentativas de grupos e setores conservadores da sociedade no sentido de impedir a aprovação da Lei que significa um avanço na conquista de cidadania do doente mental nas práticas institucionais no setor saúde, já conquistado na Lei Orgânica deste Município.

São Paulo, 26 de agosto de 1.990.

PARTICIPANTES DA I CONFERÊNCIA
MUNICIPAL DE SAÚDE

Câmara dos Deputados - Brasilia DF.

XI CONGRESSO
BRASILEIRO
DE PSIQUIATRIA
29/08 a 01/09/90

MOÇÃO DA DIRETORIA DA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA- ABP

Os Psiquiatras Brasileiros, outros profissionais de Saúde Mental e 6s demais congressistas reunidos na plenária de Encerramento do XI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, reconhecendo a necessidade da imediata revisão da legislação Psiquiátrica em vigor em nosso país desde 1934, apoia todos os esforços oriundos da Sociedade Civil, do Parlamento e do Governo no sentido de se aprovar dispositivos legais que atendam as exigências da sociedade moderna e que visem primordialmente o benefício do paciente psiquiátrico, em especial o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado que "dispõe sob a extinção progressiva dos manicômios, sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

Assembléia Geral de Encerramento do
XI Congresso Brasileiro de Psiquiatria .

abrasco

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABRASCO/SE OF Nº 12/90 - Circ.

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 1990.

Exmo(a). Sr(a).,

Estamos encaminhando cópia(s) da(s) Moção(ões) aprovada(s) pela Assembléia Geral do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na UNICAMP — Campinas, SP, de 2 a 6 de setembro deste ano.

O Congresso, cujo tema central foi Epidemiologia e Desigualdade Social: os Desafios do Final do Século, discutiu o impacto das profundas mudanças históricas que se avizinham neste final de século sobre a saúde da população. Além disso, constituiu-se numa excelente oportunidade para trazer ao público acadêmico e profissional da área, do Brasil e na América Latina, debates e informações sobre os avanços conceituais e metodológicos da Epidemiologia.

Isto posto, contamos com a vossa atenção para o devido encaminhamento das relevantes questões formuladas nesta(s) moção(ões), para que se façam valer os propósitos democráticos proclamados pela nação brasileira.

Respeitosamente,

JOSÉ DA SILVA GUEDES
Presidente da ABRASCO

abrasco

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

MOÇÃO DE APOIO
À LEI DO DEPUTADO PAULO DELGADO

Ao Congresso Nacional

Nós, participantes do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, vimos manifestar nosso apoio e exigir a aprovação do projeto de lei federal 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.

Entendendo que tal lei vem incorporar à legislação brasileira modificações que repercutirão de forma necessária na área de assistência em saúde mental e na construção da cidadania do doente mental, repudiamos a atuação de grupos e setores conservadores que têm impedido a aprovação da lei.

Campinas, 06 de Setembro de 1990.

Moção aprovada pela Assembléia Geral do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado na UNICAMP - Campinas, SP.

CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES
Santa Maria - RS

Santa Maria, 07 de novembro de 1.990.
Ofício nº 1700/90-GP-SS

Excelentíssimo Senhor

A Câmara de Vereadores, acolhendo indicação do nobre Vereador **PAULO PIMENTA**, manifesta-se perante - Vossa Excelência, para apresentar-lhe Moção de Apoio, pelo excelente Projeto de Lei de sua Autoria, que trata da extinção progressiva dos Manicômios e sua substituição/ por uma rede de Serviço de Saúde Mental, alternativa, e/ regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, já aprovado na Comissão de Saúde da Câmara Federal.

Sendo o que tínhamos a comunicar, colhemos/ o ensejo para renovar protestos de alta estima e distinguida consideração.

Atenciosamente

Ver. **FERNANDO PILLUSKY**
Presidente

Excelentíssimo Senhor
Dep. PAULO DELGADO
Câmara dos Deputados
Bancada do PT
BRASILIA - DF

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

APOIO

O Colegiado Municipal de Saúde Mental, composto pelos Coordenadores da Política Municipal de Saúde Mental de São Paulo e reunidos extraordinariamente, resolve deliberar apoio oficial e unânime ao Projeto de Lei do Dep.Paulo Delgado ora em tramitação no Senado Federal.

O Colegiado Municipal, responsável pela coordenação da Assistência em Saúde Mental para quase 10% da população Brasileira, residentes no municipio de São Paulo, entende que a modernização do país passa necessariamente pela transformação nas relações Sociais implicando na conquista da cidadania plena e na superação de quaisquer discriminações.Passa pelo combate às violências, particularmente aquelas criadas pelas Instituições, onde o Hospital Psiquiátrico é exemplo central pelo desrespeito à individualidade, pelos procedimentos desumanos, pela cronificação e morte, social e física, de que são vitimas seus usuários.

A Lei do Dep. Paulo Delgado contempla justamente estes dois níveis de necessidades; uma transformação institucional no campo da Assistência Psiquiátrica propondo a substituição progressiva do parque asilar por um novo modelo de atenção em Saúde Mental, humano, integral e universal; e a proteção aos direitos de cidadania do doente mental, apontado para a necessária reformulação da já caduca legislação psiquiátrica brasileira.

AOS SENHORES SENADORES

EM DEFESA DA PROJETO DE LEI 3657/899, QUE GARANTE CONDIÇÕES DIGNAS DE ATENDIMENTO E RESPEITO A CIDADANIA DO DOENTE MENTAL.

Considerando as interpretações errôneas e muitas vezes propositalmente distorcidas das quais tem sido objeto o projeto de lei n. 3657, as entidades abaixo assinadas vêm contribuir com alguns esclarecimentos necessários à uma tomada de posição a seu respeito. É bem verdade que uma leitura atenta do texto pode fazer parecer redundantes algumas das considerações que se seguem; todavia, para sair do nível rudimentar onde a má fé de alguns muitas vezes aprisiona o debate, urge elucidar-mos alguns de seus aspectos.

Neste sentido, examinamos passo a passo o conteúdo do projeto:

1) Quanto a extinção progressiva dos manicômios, ou hospitais psiquiátricos especializados:

- Vale esclarecer que os termos "manicômio" e "hospital psiquiátrico especializado" são aqui utilizados como sinônimos, numa operação semântica autorizada pelos bons dicionários da língua portuguesa. O eufemismo que prescreve o uso do termo "hospital psiquiátrico" ao invés do popular "manicômio" nada mais faz senão mascarar a triste realidade de todos os locais de segregação da loucura - recebam eles este ou aquele nome.

- **O projeto não propõe a extinção da internação do paciente psiquiátrico.** Limita-se a acompanhar uma tendência mundialmente vigente, que redimensiona o papel da internação na estratégia de tratamento dos distúrbios psíquicos. Trata-se de recorrer a internação somente nos casos de insucesso ou impossibilidade de tratamento ambulatorial; de reduzir o período de permanência hospitalar; de utilizar preferentemente as unidades psiquiátricas em hospital geral nos casos em que a internação é inevitável.

- O projeto proíbe a construção de **novos** hospitais psiquiátricos **públicos** e a contratação de **novos** leitos da rede privada **pelo setor governamental.** Não interfere no direito da iniciativa privada de construir hospitais psiquiátricos, desde que o faça com seus próprios recursos.

  Evidentemente, os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados já existentes continuarão em funcionamento, enquanto os demais recursos terapêuticos (ambulatórios, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospital geral, etc) forem ainda insuficientes para oferecer o atendimento devido a população.

2) Quanto a criação de recursos extra-manicomiais de atendimento:

- São indiscutíveis a eficácia e a riqueza de perspectivas do tratamento psiquiátrico em regime extra-hospitalar - donde a urgente necessidade de criar recursos que o propiciem.

- Até a presente data, as verbas públicas disponíveis para a Saúde Mental tem sido aplicadas sobretudo no setor hospitalar privado, em flagrante desrespeito as normas técnicas estabelecidas a nível do poder público - que prescrevem o investimento na área extra-hospitalar.

- O limite à expansão da rede hospitalar preconizado pelo projeto implica automaticamente numa economia do dinheiro público - que a partir daí pode e deve ser aplicado na criação e aparelhamento dos recursos terapêuticos extra-hospitalares necessários.

- A importância da participação popular no estabelecimento das prioridades, metas, distribuição geográfica, etc, destes recursos é um dos aspectos fundamentais do projeto.

3) Quanto a regulamentação da internação psiquiátrica:

- O projeto define claramente o que é a internação psiquiátrica compulsória: "aquela realizada sem o expresso desejo do paciente". É compulsória a maior parte das internações psiquiátricas que ocorrem entre nós, como um levantamento estatístico pode facilmente demonstrar; diferentemente dos demais tratamentos médicos, o tratamento psiquiátrico está exposto a vicissitude de exercer-se frequentemente à revelia daquele que o sofre.

- A inexistência de quaisquer recursos legais para o cidadão diante de uma internação psiquiátrica propicia a ocorrência de abusos, ou seja: em tese, qualquer cidadão brasileiro pode ser internado a qualquer momento contra a sua vontade, bastando para tal a assinatura de um psiquiatra. É neste sentido que o projeto se refere ao poder de sequestro da psiquiatria **enquanto instituição**: não se trata, evidentemente, de chamar psiquiatras de sequestradores, e sim de demonstrar que a instituição psiquiátrica, **endossada pela legislação vigente**, detém efetivamente o poder de sequestrar.

- O texto do projeto não nega a legitimidade da internação compulsória em determinados casos e circunstâncias. O estabelecimento destes casos, assim como a definição dos critérios que os justificam, continuam a cargo de equipe técnica especializada, numa interlocução necessária com os representantes da sociedade civil.

Finalmente, resta-nos apontar o mérito maior de iniciativas como a deste projeto: a opção pela ruptura com o narcisismo das corporações, quando se trata de decidir questões de interesse público. A posse de um conhecimento técnico especializado não autoriza um grupo de trabalhadores, qualquer que seja, a eximir-se das regras do contrato social. Portanto, as entidades abaixo assinadas apoiarão os representantes populares sempre e quando procurem propiciar que a sociedade civil assuma suas responsabilidades em decisões cujas consequências lhe dizem respeito.

0604.1624
*
612082cdepd br
6146750ABR BR

EXMO. SR.
DEP. PAULO DELGADO
DD. DEPUTADO FEDERAL DO PT
BRASILIA - DF
==========

SENHOR DEPUTADO:

CUMPRIMENTO V. EXA. VIRTUDE PROJETO-LEI NR. 3657-A/89 QUE DEVOLVE O DIREITO AA CIDADANIA PARA DOENTES MENTAIS. SUBMETEREI TEXTO COMISSAO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS NOSSO CONSELHO PARA PARECER. NAO TENHO DUVIDAS SUAS PREOCUPAÇOES COINCIDEM COM AQUELAS DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL NESTA MATEHRIA.
ATENCIOSAMENTE,

MARCELLO LAVENERE MACHADO
PRESIDENTE

RETRANSMITO INTEIRO TEOR TELEX VENHO ENVIAR DEP. PAULO DELGADO REFERENTE PROJETO LEI NR. 3657/89-A QUE DEVOLVE DIREITO AA CIDADANIA AOS DOENTES MENTAIS. POR IGUAL MANIFESTO MINHA SOLIDARIEDADE PESSOAL E A DO CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL AO MOVIMENTO PROH-SAUDE MENTAL DO DF CUJA ORIENTAÇAO EXPRESSA NO OFIHCIO QUE RECEBI COINCIDE COM AS CONVICÇOES DE NOSSA ENTIDADE NESTA AHREA.
ATENCIOSAMENTE,

MARCELLO LAVENERE MACHADO
PRESIDENTE

OK BEM REC. POR?

6146750ABR BR*
612082cdepd br
GA
611752+BS
DER

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

Brasília, 03 de maio de 1991

Exmº Senador
Mauro Benevides
MD. Presidente do Senado Federal

Nós, Deputados da Câmara Legislativa do Distrito Federal, manifestamos nosso total apoio ao Movimento Pró-Saúde Mental do DF e nos solidarizamos com a luta pela aprovação no Senado Federal do Projeto de Lei nº 3657-A, de 1989. Entendemos que essa lei irá reestruturar o atendimento ao doente mental, resgatando sua dignidade e direito à cidadania.

Atenciosamente,

PFL

P.S.C

PDT

PDC

PST

PCB

PT.

PT

PSDB

PTR

PSC

PT - MAGELA/PT

PL

PT

PTR

PCdoB

PT.

PDS

PTR

PRP

PDT

PTR

CÂMARA MUNICIPAL DE CURITIBA

PROPOSIÇÃO

O VEREADOR DIVERDOS VEREADORES, infra-assinado no uso de suas atribuições submete à apreciação da Câmara a seguinte Proposição:

MOÇÃO DE APOIO

A Câmara Municipal de Curitiba, considerando que:

1) Os serviços de saúde mental atualmente propiciados à população, centrados no tratamento compulsório dentro de hospitais psiquiátricos fechados, são comprovadamente ineficientes do ponto de vista técnico e onerosos para o erário público;

b) Entidades expressivas como a Organização Mundial de Saúde, Associação Brasileira de Psiquiatria, entre outras, defendem uma política de saúde mental em nível ambulatorial, que não segregue o usuário de seu meio familiar e social;

c) Os manicômios psiquiátricos têm uma história marcada pela participação na tortura e assassinato de de presos políticos e continuam, em sua prática atual, a desrespeitar direitos mínimos de cidadania de seus usuários.

Declara seu integral apoio ao projeto-lei 08/91, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, em tramitação no Senado Federal e que dispõe sobre a substituição do atual modelo hospitalocêntrico de saúde mental por uma política de atendimento ambulatorial e conclama os Senadores da República a aprovarem o texto deste projeto-lei.

Sala das Sessões, em 06 Maio de 1991.

C.M. - 10-A

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

OF.SNAS/MS/Nº 085/91 Brasília, 09 de maio de 1991.

DO: SECRETÁRIO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SNAS

AO: EXMO. SR.
DR. ESTEVÃO C. DE REZENDE MARTINS
DD. SECRETÁRIO FEDERAL DE ASSUNTOS LEGISLATIVOS/MJ

Senhor Secretário,

O Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado, aprovado na Câmara Federal e atualmente tramitando no Senado, trata da "extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

No que se refere ao mérito do primeiro objetivo qual seja a substituição progressiva da internação integral por outros recursos assistenciais mais contemporâneos tais como: hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção psico-social e pensões protegidas, e ainda, a expansão da rede ambulatorial, é objeto de proposições desse Ministério explicitadas no Programa de Saúde Mental do Plano Quinquenal 1990 - 1994.

Textualmente: "Meta 1: aumentar a cobertura ambulatorial em saúde mental em até 5% das consultas médicas (gerais) realizadas até 30/06/94". ... "Meta 2: Implementar a política de desospitalização do doente mental revertendo o modelo assistencial vigente, reduzindo a capacidade instalada dos leitos psiquiátricos em asilos, manicômios ou hospitais especializados até 30.06.94".

O Segundo objetivo do Projeto de Lei que "regulamenta a internação psiquiátrica compulsória" é em parte complementar ao primeiro escopo, visa a coibir abusos hoje amplamente divulgados e é inteiramente coerente com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde expressas na "Declaração de Caracas" de 14 de novembro de 1990, adotada pelos países membros a partir de Conferência Regional para Reformulação de Assistência Psiquiátrica no Continente.

Textualmente: "2 - Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na Região implica na revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos Serviços". ...

"4 - Que as legislações dos países devem ajustar-se de maneira que: a) assegurem o respeito dos direitos humanos e civis dos doentes mentais".

Sendo assim vemos convergência de objetivos entre o Projeto de Lei referido e as proposições do Governo Federal para esse sub-setor da saúde.

Outrossim, reconhecemos que pontos polêmicos do Decreto 24.559 de julho de 1934, tais como a periculosidade e a inimputabilidade, devam ser objeto de análise conjunta entre os Ministérios da Justiça e da Saúde.

Atenciosamente,

RICARDO AKEL

Dr. Ricardo Akel
Secretário Nacional de Assistência a Saúde

/sms

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

MOÇÃO

O Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina, realizado em Brasília nos dias 9 e 10/05/91 manifesta o seu apoio à aprovação do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 de autoria do Deputado Paulo Delgado, já aprovado na Câmara dos Deputados e que se encontra em tramitação no Senado Federal.

JUSTIFICATIVA

O referido projeto "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

O Projeto vem obtendo apoio das mais diversas instituições da área da saúde em todo o Brasil e se impõe pela sua elevada relevância social, pois contribui significativamente para a humanização do tratamento psiquiátrico e a conquista dos direitos de cidadania para os doentes mentais.

Os participantes do "Encontro" exortam os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Medicina que manifestem seu apoio enviando moções semelhantes aos Srs. Senadores, especialmente o Senador Almir Gabriel e à mesa do Senado.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ
COSNELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ESPÍRITO SANTO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MATO GROSSO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARÁ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PIAUÍ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE RONDONIA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE RORAIMA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SERGIPE
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE TOCANTINS

Federação Nacional dos Médicos

REPRESENTANTE LEGAL da Categoria Profissional dos Médicos de todo o Território Nacional
CARTA DE RECONHECIMENTO do Ministério do Trabalho de 28/5/75, publicada no D. O. de 21/07/75. Registrada no livro 3, fls. 47. Proc. nº 305.464/74
SEDE PRÓPRIA. – AV. Franklin Roosevelt, 84 - Grupos 803/804 – CEP 20021 Rio de Janeiro
Fone: PBX 240-6739 – C.G.C. 42.511.600/0001-64
Filiada à **CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS PROFISSÕES LIBERAIS**

MOÇÃO

O **2º CONGRESSO DA FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS**, realizado no Rio de Janeiro, nos dias 17, 18 e 19/05/91 manifesta o seu apoio à aprovação do Projeto de Lei da Câmara nº 8, de 1991 de autoria do Deputado Paulo Delgado, já aprovado na Câmara dos Deputados e que se encontra em tramitação no Senado Federal.

JUSTIFICATIVA

O referido projeto "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

O projeto vem obtendo apoio das mais diversas instituições da área de saúde em todo o Brasil e se impõe pela sua elevada relevância social, pois contribui significativamente para a humanização do tratamento psiquiátrico e a conquista dos direitos de cidadania para os doentes mentais.

Os participantes do 2º Congresso apoiam esse Projeto de Lei e exortam os Srs. Senadores e à Mesa do Senado para aprovarem o referido Projeto.

SINDICATO DOS MÉDICOS DE ALAGOAS
SINDICATO DOS MÉDICOS DE AMAZONAS
SINDICATO DOS MÉDICOS DE ANÁPOLIS (GO)
SINDICATO DOS MÉDICOS DA BAHIA
SINDICATO DOS MÉDICOS DE CAMPINA GRANDE
SINDICATO DOS MÉDICOS DE CAMPINAS
SINDICATO DOS MÉDICOS DE CAMPOS
SINDICATO DOS MÉDICOS DE CAXIAS DO SUL
SINDICATO DOS MÉDICOS DO CEARÁ
SINDICATO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS DA REG. CENTRO-NORTE FLUMINENSE
SINDICATO DOS MÉDICOS DE CRICIÚMA
SINDICATO DOS MÉDICOS DE CUIABÁ
SINDICATO DOS MÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL
SINDICATO DOS MÉDICOS DO ESPÍRITO SANTO
SINDICATO DOS MÉDICOS DE GOIÁS

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 8ª REGIÃO - (CRP-08) - PARANÁ

Em Reunião Plenária Extraordinária, realizada por este **Conselho Regional de Psicologia da Oitava Região/PR**, no dia 14 de maio do corrente ano, o Plenário deste CRP-08 decidiu apoiar o **Projeto-Lei nº 08/91**, de autoria do **Deputado Federal Paulo Delgado.** Este Projeto-Lei encontra-se em tramitação no Senado Federal e, que dispõe sobre a substituição do atual modelo hospitalocêntrico de Saúde Mental por uma política de atendimento ambulatorial e, conclama os Senadores da República a aprovarem o texto desse Projeto Lei.

Curitiba, 15 de maio de 1991

Psic. EDUINO SBARDELINI FILHO
Conselheiro Presidente CRP-08

MOÇÃO .2

SINDICATO DOS MÉDICOS DE GOVERNADOR VALADARES
SINDICATO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS DE JUIZ DE FORA
SINDICATO DOS MÉDICOS DA REGIÃO DOS LAGOS
SINDICATO DOS MÉDICOS DO MARANHÃO
SINDICATO DOS MÉDICOS DE MATO GROSSO DO SUL
SINDICATO DOS MÉDICOS DE MINAS GERAIS
SINDICATO DOS MÉDICOS DE MONTES CLAROS
SINDICATO DOS MÉDICOS DE NITERÓI
SINDICATO DOS MÉDICOS DE NOVO HAMBURGO
SINDICATO DOS MÉDICOS DO PARÁ
SINDICATO DOS MÉDICOS DA PARAÍBA
SINDICATO DOS MÉDICOS DO PARANÁ
SINDICATO DOS MÉDICOS DE PERNAMBUCO
SINDICATO DOS MÉDICOS DE PETRÓPOLIS
SINDICATO DOS MÉDICOS DO PIAUÍ
SINDICATO DOS MÉDICOS DE PRESIDENTE PRUDENTE
SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO
SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO GRANDE
SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO GRANDE DO NORTE
SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO GRANDE DO SUL
SINDICATO DOS MÉDICOS DE RONDÔNIA
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTA CATARINA
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTA MARIA
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SANTOS
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO
SINDICATO DOS MÉDICOS DE SERGIPE
SINDICATO DOS MÉDICOS DE TAUBATÉ
SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DE TOCANTINS
SINDICATO DOS MÉDICOS DE VOLTA REDONDA

CÂMARA MUNICIPAL DE BOTUCATU

MOÇÃO N.º 007/91 PROTOCOLO N.º

Exmo. Senhor

Presidente da Câmara

NESTA

APROVADO

Oficie-se a quem de direito.

Presidente.

A Câmara Municipal de Botucatu manifesta, através desta **MOÇÃO**, o total apoio ao Projeto de Lei Nº 3657/89, de autoria do Deputado PAULO DELGADO, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistênciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, já aprovada pela Câmara Federal e aguardando votação no Senado Federal. Assim o fazendo, estamos certos que representamos os legítimos interêsses da comunidade botucatuense, pois esse Projeto de Lei é a expressão de uma concepção de tratamento e prevenção em saúde mental.

As internações indiscriminadas e compulsórias de pacientes rotulados como doentes mentais tem provocado várias distorções e, na maioria dos casos, não tem atingido os objetivos alegados de recuperação da saúde mental da maioria dos pacientes. O que mais se vê é a cronificação desses pacientes através de terapêuticas inadequadas, levando-os à dependência de drogas usadas no tratamento, depressão de sua capacidade crítica e manutenção compulsória da internação por meses e até mesmo anos. Sem falar em terapêuticas de eletrochoque indiscriminadas, usadas até como calmante. É isso o que se viu em todos os hospícios e manicômios que foram objeto de investigação, e que foram amplamente divulgadas pelos jornais.

Além disso a internação compulsória se presta a todo tipo de interêsses escusos, tendo sido usada como repressão à oposição durante o regime militar, para acobertar interesses econômicos financeiros e para se livrar de parentes velhos indesejáveis. Só o fato de coibir esses abusos já é justificativa suficiente para o nosso apoio. Mas há, ainda, a outra face dessa perversa moeda. As internações psiquiátricas transformaram-se em fonte de renda ilícita, que sangra os cofres públicos com internações desnecessárias, desviando recursos extremanente necessários em outras atividades de saúde.

Sabemos que há hospitais psiquiátricos sérios, mas são muito raras excessões.

O fato da extinção dos manicômios ser progressiva e na medida em que foram substituídos por outro tipo de atendimento psiquiátrico e a manutenção das internações compulsórias, desde que comunicadas à autoridade judiciária competente, garante que não se tomem medidas irresponsáveis.

Por tudo isso, nós, os Vereadores da Câmara Municipal de Botucatu, solicitamos aos Excelentíssimos Senhores Senadores que também aprovem este projeto de Lei, que é uma contribuição à melhoria da atenção à saúde da nossa população.

CÂMARA MUNICIPAL DE BOTUCATU

MOÇÃO N.° 007/91 PROTOCOLO N.°

Exmo. Senhor

Presidente da Câmara

NESTA

- 02 -

Que cópias desta propositura, sejam encaminhadas ao Deputado Federal PAULO DELGADO, autor do Projeto de Lei 3657/90, aos Presidentes da Câmara e do Senado Federal, bem como ao Presidente da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, solicitando-lhe que manifeste o apoio a tão importante matéria.

Sala das Sessões, 20 de maio de 1.991.

Vereador **VALDEMAR PEREIRA DE PINHO** - A U T O R -

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

M O Ç Ã O

Em reunião do Conselho Consultivo, em 25/05/91, o plenário do Conselho Federal de Psicologia e os representantes de 07 (sete) Conselhos Regionais de Psicologia deliberaram o envio desta moção, ratificando o apoio à luta antimanicomial no Brasil e, mais especialmente, do Projeto de Lei Paulo Delgado que prevê a extinção progressiva dos manicômios e delibera sobre a internação compulsória.

Entendemos que a reversão do modelo hospitalocêntrico é um imperativo ético e técnico dado seu caráter segregador e cronificador, incompatível com o avanço dos conhecimentos acumulados no campo da saúde mental através das referências da Saúde Mental Comunitária, Psiquiatria de Setor, Psicoterapia Institucional, Anti-Psiquiatria, Reforma Psiquiátrica Italiana e Atenção Primária de Saúde, entre tantos marcos teóricos que permitem constituir o sólido arcabouço institucional embasador da proposta de atenção em saúde defendida nos princípios da Reforma Sanitária brasileira.

Entendemos como fundamental e urgente a desconstrução dos manicômios no Brasil e privilegiamento de criação de alternativas comunitárias e de serviços através do Sistema Único de Saúde tendo como diretrizes a integralidade, descentralização e participação. Neste sentido esta autarquia tem se colocado como um dos elos facilitadores da informação e da produção de conhecimentos necessários ao avanço das práticas inspiradas neste novo modelo assistencial e, desde já, reafirmamos nosso compromisso de colaborar estreitamente com a viabilização político-técnico-administrativo das medidas previstas no Projeto de Lei Paulo Delgado.

Brasília-DF, 25 de maio de 1.991

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA
Presidência e Secretaria Geral: Rua Alcindo Guanabara, 24 - S. 813 - CEP 20031 - Tel.: 262-7779
Tesouraria: Rua Borges Lagoa, 394 - CEP 04038 - Tel.: 549-6699 - São Paulo - SP

DIRETORIA:
PRESIDENTE:
Dr. William Azevedo Dunningham
R. Maceió, 3 - Barra
Tel. (071) 235-3548
40160 - Salvador - BA

Vice Presidente:
Dr. Othon C. Bastos Fº
R. Dom Vital, 120
50.040 - Boa Vista - Recife - PE
Tel. (081) 221-0590, 221-0411

Secretário Geral:
Dr. Carlos Gari Faria
Av. Encantado, 316/6º andar
Tel. 34-5079
90430 - Porto Alegre - RS

Tesoureiro Geral:
Dr. Juberty Antonio de Souza
R. Taloba, 560 - Cidade Jardim
79050 - Campo Grande - MS
Tel. (067) 383-6146 e 383-6358

Secretários Regionais:
Dra. Rosimeire Rodrigues Cavalcanti
R. Jornalista Álvaro Calheiros, 25/201
Ed. Santa Marta - Jatiuca - Maceió - AL
57035 - tel. (082) 231-4432

Dr. el Menezes Faro
R. V... nde de Pirajá, 156 - s. 1110
Tel. (021) 521-0032
22.410 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ

. Geraldo Francisco do Amaral
H. 9, nº 333 - apto. 1300
Tel. (062) 224-9483
74320 - Setor Oeste - Goiânia - GO

Dr. José Onildo B. Contel
Av. 9 de Julho, 980
Tel. (016) 633-3114
14100 - Ribeirão Preto - SP

Conselho Fiscal:
Dr. Fausto Amarante
R. Washington Pessoa, 61-A
Tel. (027) 223-7611
29015 - Parque Moscoso - Vitória - ES

Dr. Itiro Shirakawa
R. Estado de Israel, 847/142
Tel. (011) 544-2268
04.022 - São Paulo - SP

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Av. Taquara, 198 - sala 301
Tel. (0512) 32-1728
90430 - Porto Alegre - RS

EX-PRESIDENTES
Dr. José Leme Lopes - RJ
Dr. A. C. Pacheco e Silva - SP
Dr. A. Rubim de Pinho - BA
Dr. Fernando Megre Velloso - MG
Dr. José Lucena - PE
Dr. [illegible] Zimmermann - RS
Dr. Ul... s Vianna Filho - RJ
Dr. Marcos Pacheco de T. Ferraz - SP
Dr. João Romildo Bueno - RJ
Dr. Luiz Salvador de M. Sá Jr. - MS

SECRETÁRIOS GERAIS
Dr. Ulysses Vianna Filho - RJ
Dr. Oswald Moraes Andrade - RJ
Dr. Paulo Cesar Geraldes - RJ
Dr. Luiz Salvador de Miranda Sá Jr. - MS
Dr. William Azevedo Dunningham - BA

Cf.nº237/91/Pres. Rio de Janeiro, 27 de maio de 1991.

A Diretoria da Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP, desde que tomou conhecimento do Projeto de V.Excia. referente à revisão da Legislação Psiquiátrica em Vigor em nosso País desde 1934, vem apoiando a sua iniciativa, tanto em nome da entidade como dos seus diretores em todos os foruns de debate __ oficiais e informais __ nos quais o aludido tema foi objeto de discussão.

No dia 14 de setembro de 1990, enviamos ofício circular a todas as federadas da ABP, solicitando que entrassem em contacto com as respectivas bancadas dos Deputados e Senadores de seus Estados, pedindo apoio para a aprovação do referido Projeto, inclusive enviando cópia da moção de apoio apresentada pela Diretoria da ABP e aprovada por aclamação na Plenária de encerramento do XI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Salvador-Ba, em agosto de 90.

Na oportunidade, oficiamos também ao Senador Nelson Carneiro e ao Deputado Paes de Andrade. Recentemente no dia 17 de abril deste, reiteramos nosso pedido as federadas através de ofício circular, quando mencionamos que o Projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados no dia 17 de dezembro de 1990 e que estava no Senado Federal aguardando julgamento.

Na mesma data enviamos ofício ao Senador Mauro Benevides, Presidente do Senado reiterando nosso apoio e solicitando a agilização na tramitação do Projeto naquela casa Legislativa.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

Presidência e Secretaria Geral: Rua Alcindo Guanabara, 24 - S. 813 - CEP 20031 - Tel.: 262-7779
Tesouraria: Rua Borges Lagoa, 394 - CEP 04038 - Tel.: 549-6699 - São Paulo - SP

DIRETORIA:

PRESIDENTE:
Dr. William Azevedo Dunningham
R. Maceió, 3 - Barra
Tel. (071) 235-3548
40160 - Salvador - BA

Vice Presidente:
Dr. Othon C. Bastos Fº
R. Dom Vital, 120
50.040 - Boa Vista - Recife - PE
Tel. (081) 221-0590, 221-0411

Secretário Geral:
Dr. Carlos Gari Faria
Av. Encantado, 316/6º andar
Tel. 34-5079
90430 - Porto Alegre - RS

Tesoureiro Geral:
Dr. Juberty Antonio de Souza
R. Taioba, 560 - Cidade Jardim
79050 - Campo Grande - MS
Tel. (067) 383-6146 e 383-6358

Secretários Regionais:
Dra. Rosimeire Rodrigues Cavalcanti
R. Jornalista Álvaro Calheiros, 25/201
Ed. [illegible]a Marta - Jatiuca - Maceió - AL
57[illegible] el. (082) 231-4432

Dr. Samuel Menezes Faro
R. Visconde de Pirajá, 156 - s. 1110
[illegible]l. (021) 521-0032
22.410 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ

Dr. Geraldo Francisco do Amaral
R. 9, nº 333 - apto. 1300
Tel. (062) 224-9483
74320 - Setor Oeste - Goiânia - GO

Dr. José Onildo B. Contel
Av. 9 de Julho, 980
Tel. (016) 633-3114
14100 - Ribeirão Preto - SP

Conselho Fiscal:
Dr. Fausto Amarante
R. Washington Pessoa, 61-A
Tel. (027) 223-7611
29015 - Parque Moscoso - Vitória - ES

Dr. Itiro Shirakawa
R. Estado de Israel, 847/142
Tel. (011) 544-2268
04.022 - São Paulo - SP

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Av. Taquara, 198 - sala 301
Tel. (0512) 32-1728
90430 - Porto Alegre - RS

EX-PRESIDENTES
Dr. José Leme Lopes - RJ
Dr. A. C. Pacheco e Silva - SP
Dr. A. Rubim de Pinho - BA
Dr. [illegible]ndo Megre Velloso - MG
Dr. [illegible]ucena - PE
Dr. David Zimmermann - RS
Dr. Ulysses Vianna Filho - RJ
Marcos Pacheco de T. Ferraz - SP
João Romildo Bueno - RJ
Dr. Luiz Salvador de M. Sá Jr. - MS

EX-SECRETÁRIOS GERAIS
Dr. Ulysses Vianna Filho - RJ
Dr. Oswald Moraes Andrade - RJ
Dr. Paulo Cesar Geraldes - RJ
Dr. Luiz Salvador de Miranda Sá Jr. - MS
Dr. William Azevedo Dunningham - BA

continuação do of.237/91/Pres. 27/5/91

Assim, a Associação Brasileira de Psiquiatria, evidencia o seu engajamento nos esforços pela aprovação da Lei e nesse sentido vem adotando todas as medidas que estejam ao nosso alcance.

Segue em anexo, cópia da circular 011/91/Sec. e do ofício 176/91/Sec.

Na espectativa do pleno êxito na aprovação do Projeto de Lei do eminente Deputado, aproveitamos o ensejo para renovar a V.Excia. nossos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Dr. William A. Dunningham
Presidente

cebes
centro brasileiro de estudos de saúde

Londrina, 27 de maio de 1991

Excelentíssimos Srs. Senadores,

A Diretoria Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), entidade de caráter nacional que congrega profissionais das várias áreas da saúde pública, e responsável pela edição da Revista **Saúde em Debate**, vem expressar seu apoio ao Projeto de Lei nº 08/91, do Deputado Paulo Delgado, que regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, a serem corretamente substituídos por recursos assistenciais mais modernos e adequados à realidade atual, entendendo que o projeto é oportuno, bem fundamentado e de execução perfeitamente viável, seguindo tendência internacional neste mesmo sentido.

Atenciosamente

Márcio Almeida
Presidente

Edmundo de Almeida Gallo
Vice-Presidente

Paulo Amarante
Comissão de Saúde Mental

SINFITO·RJ

sindicato dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do estado do rio de janeiro

CÓDIGO 012.000.49525-9 RECONHECIDO EM 10.08.88

O Sindicato de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado do Rio de Janeiro, vem, publicamente, manifestar-se favorável à aprovação no Senado Federal do Projeto de Lei da Câmara, nº 8, de 1991 (nº 3657/89,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.

Rio de Janeiro, 27 de maio de 1991.

DIRETÓRIA DO SINFITO-RJ

João de Carvalho
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 1/20 F - CPF 221550668-72

MOÇÃO:

Os Coordenadores do Programa de Saúde Mental das Secretarias Estaduais de Saúde, reunidos no Iº ENCONTRO NACIONAL DE 1991, realizado em Brasília, dias 27 e 28 de maio e promovido pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, manifestam o seu apoio ao Projeto de Lei nº 3.657-A/89 do Deputado PAULO DELGADO. O referido Projeto vem ao encontro da política nacional e das propostas de ação já em desenvolvimento nos estados, que visam a reversão do modelo assistencial de atenção à saúde mental em nosso país, ainda centrado na hospitalização de características segregadoras. O Projeto de Lei nº 3.657-A/89 aponta, ainda, para um mínimo de resgate dos direitos de cidadania dos doentes mentais.

BRASÍLIA-D.F., 28 de maio de 1991.

- LARA REGINA ROCHA FERNANDES	- Secretaria de Estado da Saúde do DISTRITO FEDERAL
- ANTONIO REINALDO RABELO	- Secretaria de Estado da Saúde DA BAHIA
- CANDIDO F. ESPINHEIRA FILHO	- Secretaria de Estado da Saúde do RIO DE JANEIRO
- ABILIO JOSÉ RIBEIRO DE CASTRO	- Secretaria de Estado da Saúde de MINAS GERAIS
- ANTONIO QUINTO NETO	- Secretaria de Estado da Saúde de RIO GRANDE DO SUL
- BENEDITO PAULO BEZERRA	- Secretaria de Estado da Saúde do PARÁ
- GISELA DA COSTA M. MESQUITAS	- Secretaria de Estado da Saúde do ACRE
- MARIA DO SOCORRO S. MEDEIROS	- Secretaria de Estado da Saúde de RORAIMA
- CÉLIA MARIA PERRACINI DE AZEVEDO	- Secretaria de Estado da Saúde do PARANÁ
- VOLUSÍ ROCHA UGÁ CAMARA	- Secretaria de Estado da Saúde de ALAGOAS
- NATANAEL RESENDE DORIA	- Secretaria de Estado da Saúde de SERGIPE
- ANTONIO DE ALMEIDA MIRANDA	- Secretaria de Estado da Saúde de GOIÁS
- ANTONIA MARIA BRANDÃO CIPOLLA	- Secretaria de Estado da Saúde de SÃO PAULO

- ÁUREA ASSIS LAMBERT	- Secretaria de Estado da Saúde do MATO GROSSO
- EDDA MARIA H. SOARES LOCKMANN	- Secretaria de Estado da Saúde do MATO GROSSO DO SUL
- ANA LÚCIA MUNIZ BARATA	- Secretaria de Estado da Saúde do MARANHÃO
- KÁTIA CRISTINA COSTA DA SILVA	- Secretaria de Estado da Saúde do RIO GRANDE DO NORTE
- IÊDA PIRES DE SÁ	- Secretaria de Estado da Saúde da PARAIBA
- NILSON MOURA FÉ	- Secretaria de Estado da Saúde do CEARÁ
- JOSÉ CALADO NETO	- Secretaria de Estado da Saúde do PIAUÍ
- KRAUSE DA CRUZ E PAES	- Secretaria de Estado da Saúde do AMAZONAS
- JANE MARIA CORDEIRO LEMOS	- Secretaria de Estado da Saúde de PERNANBUCO

OBSERVAÇÃO: Os Coordenadores dos Estados de ESPÍRITO SANTO, SANTA CATARINA, AMAPÁ, RONDÔNIA e TOCANTINS não compareceram ao Iº ENCONTRO DE COORDENADORES DE 1991.

MOÇÃO

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, em sessão plenária realizada no dia 29 de maio de 1991, aprovou MOÇÃO DE APOIO ao Projeto de Lei da Câmara de Deputados nº 08/91, de autoria do Deputado Paulo Delgado, já aprovado na Câmara dos Deputados e que se encontra em tramitação no Senado Federal.

JUSTIFICATIVA

O Projeto de Lei nº 08/91 "dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".

O Projeto vem obtendo apoio das mais diversas instituições da área da saúde em todo o Brasil e se impõe pela sua relevância social, pois contribui significativamente para a humanização do tratamento psiquiátrico e a conquista dos direitos de cidadania para os doentes mentais.

Os conselheiros do CREMERJ apoiam esse Projeto de Lei e exortam os Senhores Senadores a aprovarem o referido Projeto de Lei.

Rio de Janeiro 29 de maio de 1991

Dr. Laerte Andrade Vaz de Melo
PRESIDENTE

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

M O Ç Ã O

Os CONSELHOS FEDERAIS abaixo assinados, considerando:

1. A observância à Constituição Federal que definiu a Saúde como "direitos de todos e dever do estado";

2. Que a implantação do Sistema Único de Saúde torna necessária a reorientação a assistência aos doentes mentais;

3. A importância da função social dos Conselhos, enquanto Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional

Decidem pelo apoio ao Projeto de Lei nº 3.657-A, de 1989, sem emenda, do Deputado Paulo Delgado, ora em tramitação no Senado Federal.

Brasília(DF), 13 de agosto de 1991.

Yone Caldas Silva
Conselho Federal de Psicologia

Conselho Federal de Odontologia

Conselho Federal Farmácia.

Conselho Federal de Engenharia e Arquitetura

CONSELHO ~~FEDERAL DE~~ ADMINISTRAÇÃO.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

Conselho Federal de Assistentes Sociais.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

(Conselho Federal de Fonoaudiologia)

(CONS. FED. ENFERMAGEM)

(CONS. FED. BIBLIOTECONOMIA)

CONS. FED. CONTABILIDADE

CONS. FED. ECONOMIA - COFECON

CONS. TEC. RADIOLOGIA.

Cons. Fed. Biologia

CRECI - 8ª REGIÃO/DF

C.F.M.V.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

Presidência e Secretaria Geral: Rua Alcindo Guanabara, 24 - S. 813 - CEP 20031 - Tel.: 262-7779
Tesouraria: Rua Borges Lagoa, 394 - CEP 04038 - Tel.: 549-6699 - São Paulo - SP

DIRETORIA:

PRESIDENTE:
Dr. William Azevedo Dunningham
R. Maceió, 3 - Barra
Tel. (071) 235-3548
40160 - Salvador - BA

Vice Presidente:
Dr. Othon C. Bastos [illegible]
R. Dom Vital, 170
50.040 - Boa Vista - Recife - PE
Tel. (081) 221-0588, 221-0411

Secretário Geral:
Dr. Carlos Gari Faria
Av. Encantado, 316/6º andar
Tel. 34-5079
90430 - Porto Alegre - RS

Tesoureiro Geral:
Dr. Juberty Antonio de Souza
R. Taleba, 560 - Cidade Jardim
79050 - Campo Grande - MS
Tel. (067) 382-6146 e 382-6358

Secretários Regionais:
Dra. [illegible]meire Rodrigues Cavalcanti
R. [illegible] Álvaro Calheiros, 25/201
Ed. S[illegible] Marta - Jatiuca - Maceió - AL
5[illegible] Tel. (082) 231-4432

Dr. [illegible]uel Menezes Faro
R. Visconde de Pirajá, 156 - s. 1110
Tel. (021) 521-0032
22.410 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ

Dr. Geraldo Francisco do Amaral
R. 9, nº 333 - apto. 1300
Tel. (062) 224-9483
74320 - Setor Oeste - Goiânia - GO

Dr. José Onildo D. Contel
Av. 9 de Julho, 990
Tel. (016) 634-2114
14100 - Ribeirão Preto - SP

Conselho Fiscal:
Dr. Fausto Amarante
R. Washington Fessoa, 61-A
Tel. (027) 223-7611
29015 - Parque Moscoso - Vitória - ES

Dr. Itiro Shirakawa
R. Estado de Israel, 847/142
Tel. (011) 544-2268
04.022 - São Paulo - SP

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Av. Taquara, 196 - sala 301
Tel. (0512) 32-1728
90430 - Porto Alegre - RS

EX-PRESIDENTES
Dr. José Leme Lopes - RJ
Dr. A[illegible]acheco e Silva - SP
Dr. A[illegible]m de Pinho - BA
Dr. Fernando Magre Velloso - MG
Dr. [illegible]ucena - PE
Dr. L[illegible]d Zimmermann - RS
Dr. Ulysses Vianna Filho - RJ
Dr. Marcos Pacheco de T. Ferraz - SP
Dr. João Romildo Bueno - RJ
Dr. Luiz Salvador de M. Sá Jr. - MS

EX-SECRETÁRIOS GERAIS
Dr. Ulysses Vianna Filho - RJ
Dr. Oswald Moraes Andrade - RJ
Dr. Paulo Cesar Geraldes - RJ
Dr. Luiz Salvador de Miranda Sá Jr. - MS
Dr. William Azevedo Dunningham - BA

MOÇÃO DE APOIO AO PROJETO DE LEI DO DEPUTADO PAULO DELGADO

Na Plenária de encerramento do XX CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL, foi proposta a moção de apoio ao projeto do Deputado Paulo Delgado.

Num ambiente democrático, o tema foi amplamente debatido, onde os psiquiatras contrários ao projeto puderam manifestar-se abertamente. Submetida à votação, a plenária aprovou a moção de apoio, transcrita a seguir, que recebeu 119 votos a favor e 33 votos contra.

MOÇÃO

Os psiquiatras, os profissionais e estudantes da área de Saúde Mental, reunidos na Sessão Plenária de encerramento do XX CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL, manifestam seu apoio às iniciativas que proporcionam ao nosso país, uma legislação psiquiátrica moderna que contemple os direitos de cidadania do paciente psiquiátrico, valorize o trabalho dos psiquiatras e dos demais profissionais e técnicos de Saúde Mental e reformule a assistência psiquiátrica do modelo hospitalocêntrico para as experiências inovadoras, em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde. Por conseguinte, expressam seu apoio ao projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, a ser votado no Senado Federal nos próximos dias, que está de acordo com as recomendações acima citadas, e que representam o passo inicial para a adoção de uma reforma mais profunda da política de Saúde Mental no Brasil.

Maceió, 31 de agosto de 1991

24 OUT 1991

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

Presidência e Secretaria Geral: Rua Alcindo Guanabara, 24 - S. 813 - CEP 20031 - Tel.: 262-7779
Tesouraria: Rua Borges Lagoa, 394 - CEP 04038 - Tel.: 549-6699 - São Paulo - SP

DIRETORIA:

PRESIDENTE:
Dr. William Azevedo Dunningham
R. Maceió, 3 - Barra
Tel. (071) 235-3548
40160 - Salvador - BA

Vice Presidente:
Dr. Othon C. Bastos Fº
R. Dom Vital, 120
50.040 - Boa Vista - Recife - PE
Tel. (081) 221-0590, 221-0411

Secretário Geral:
Dr. Carlos Gari Faria
Av. Encantado, 316/6º andar
Tel. 34-5079
90430 - Porto Alegre - RS

Tesoureiro Geral:
Dr. Juberty Antonio de Souza
R. Taioba, 560 - Cidade Jardim
79050 - Campo Grande - MS
Tel. (067) 383-6146 e 383-6358

Secretários Regionais:
Dra. Rosimeire Rodrigues Cavalcanti
R. Jornalista Álvaro Calheiros, 25/201
Ed. Santa Marta - Jatiuca - Maceió - AL
57035 - tel. (082) 231-4432

Dr. Samuel Menezes Faro
R. Visconde de Pirajá, 156 - s. 1110
Tel. (021) 521-0032
22.410 - Ipanema - Rio de Janeiro - RJ

Dr. Geraldo Francisco do Amaral
R. 9, nº 333 - apto. 1300
Tel. (062) 224-9483
74320 - Setor Oeste - Goiânia - GO

Dr. José Onildo B. Contel
Av. 9 de Julho, 980
Tel. (016) 633-3114
14100 - Ribeirão Preto - SP

Conselho Fiscal:
Dr. Fausto Amarante
R. Washington Pessoa, 61-A
Tel. (027) 223-7611
29015 - Parque Moscoso - Vitória - ES

Dr. Itiro Shirakawa
R. Estado de Israel, 847/142
Tel. (011) 544-2268
04.022 - São Paulo - SP

Dr. Rogério Wolf de Aguiar
Av. Taquara, 198 - sala 301
Tel. (0512) 32-1728
90430 - Porto Alegre - RS

EX-PRESIDENTES
Dr. José Leme Lopes - RJ
Dr. A. C. Pacheco e Silva - SP
Dr. A. Rubim de Pinho - BA
Dr. Fernando Megre Velloso - MG
Dr. José Lucena - PE
Dr. David Zimmermann - RS
Dr. Ulysses Vianna Filho - RJ
Dr. Marcos Pacheco de T. Ferraz - SP
Dr. João Romildo Bueno - RJ
Dr. Luiz Salvador de M. Sá Jr. - MS

EX-SECRETÁRIOS GERAIS
Dr. Ulysses Vianna Filho - RJ
Dr. Oswald Moraes Andrade - RJ
Dr. Paulo Cesar Geraldes - RJ
Dr. Luiz Salvador de Miranda Sá Jr. - MS
Dr. William Azevedo Dunningham - BA

Of.nº503/91/Pres. Rio de Janeiro, 18 de outubro de 1991.

À Comissão de Assuntos Sociais, para anexar ao PLC 8/91, Em 28.X.91

Excelentíssimo Senhor

Senador Mauro Benevides

Em nome da Associação Brasileira de Psiquiatria e em meu próprio estamos enviando em anexo cópia da Moção aprovada na Plenária de encerramento da VIII Jornada Norte-Nordeste de Psiquiatria e II Jornada Paraense de Psiquiatria de Saúde Mental.

No aguardo da atenção de V.Excia. com a referida Moção e o Projeto de Lei ora em tramitação nessa casa, aproveitamos o ensejo para renovar-vos nossos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Dr. William A. Dunningham

Presidente

MOÇÃO

OS PSIQUIÁTRAS, DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL, ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS PRESENTES À VIII JORNADA NORTE-NORDESTE DE PSIQUIATRIA / II JORNADA PARAENSE DE SAÚDE MENTAL, REALIZADA DE 10 A 12 DE OUTUBRO, EM BELÉM (PA), MANIFESTAM O APOIO AO PROJETO DE LEI Nº 08/91, JÁ APROVADO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS E EM TRAMITAÇÃO NO SENADO FEDERAL. MANIFESTAM AINDA PREOCUPAÇÃO QUANTO À MOROSIDADE DESSA TRAMITAÇÃO, POIS A APROVAÇÃO DO REFERIDO PROJETO DARÁ RESPALDO LEGAL AS MUDANÇAS NO MODELO ASSISTENCIAL, JÁ EM CURSO EM DIVERSOS ESTADOS BRASILEIROS, E QUE VISAM TRANSFORMAR A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL, OBJETIVANDO UMA ATENÇÃO MAIS HUMANA, EFICAZ E EFICIÊNTE DO PONTO DE VISTA TERAPEUTICO, E, PORTANTO, DE MELHOR QUALIDADE. VISAM TAMBÉM PRESERVAR A DIGNIDADE E OS DIREITOS HUMANOS E CIVIS DOS DOENTES MENTAIS.

Belém do Pará, 12 de outubro de 1991

Plenario de encerramento da VIII Jornada Norte - Nordeste de Psiquiatria / II Jornada Paraense de SAUDE MENTAL.

São Paulo, 25 de outubro de 1991.

Exmo. Sr.
Dra, Mônica Aguiar Inocente

Por entendermos que o Projeto Lei nº 08/91 da Câmara de autoria do Deputado Paulo Delgado, vem mobilizando vários setores de nossa sociedade em diferentes foruns de discussão e, não raro, nestes utilizam-se como marco referencial as experiências italianas na área de Saúde Mental, consideramos importante que a carta elaborada pelo Dr. Franco Rotelli, dirigida ao Senador José Bisol - na qualidade de relator do Projeto Lei - pudesse ser utilizada por todos os Senadores desta Comissão de Assuntos Sociais, como elemento de compreensão do projeto em questão.

ARTICULAÇÃO NACIONAL DA LUTA
ANTI-MANICOMIAL

Anexar ao PLC 08/91

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 impõem 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 suplantar 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 possue 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 encontou 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.

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 ?

Atenciosamnete,

Franco Rotelli

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

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 existarão 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, mantém e perpetuam *Ope 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,

À Comissão de Assuntos Sociais para conhecimento.

Em 29.11.91

" PROJETO DE LEI "

TÍTULO: MODERNIZAÇÃO AO TRATAMENTO DOS DOENTES MENTAIS

AUTORA: SONIA DE ANDRADE PESSOA

A/C DR. MAURO BENEVIDES - SENADOR FEDERAL

SENADO FEDERAL
Presidência

Com os cumprimentos

do

Senador Mauro Benevides

MODERNIZAÇÃO

AO TRATAMENTO DOS DOENTES MENTAIS

NO BRASIL

1991

ILUSTRISSIMO SENHOR PRESIDENTE DO SENADO FEDERAL - BRASILIA

Na qualidade de cidadã brasileira, entendo que devo constribuir com uma parcela para completar essa nova Constituição, elaborando um novo capítulo ainda inexistente. Esperei que aparecesse alguém a fim de realizar esta parte, mas como nada surgiu de concreto, tenho que me pronunciar a respeito.

Peço a todos vocês, senhores Deputados Constituintes, com muito carinho, que anotem essa questão de temanha importância e que não foi percebida. E preciso banir do tratamento destinado a doentes mentais o fantasma dos infames eletrochoques, usados largamente nos hospitais psiquiátricos de todo o país; tornando tais lugares verdadeiros campos de concentração nazistas. Vivem esses doentes à mercê da força bruta desses profissionais, carrascos de tortura em todo Brasil. Isso acontece todos os dias e ninguém faz nada para ajudá-los. São incomunicáveis, não têm direito de ver nem sequer as famílias, num verdadeiro desrespeito à pessoa humana. Esses tais eletrochoques podem servir para animais, como cavalos e mulas e nunca para seres humanos que possuem sensibilidade e depois se tornam robôs, espectros, traumatizados pelo resto de suas vidas. Ninguém pode dispor de um corpo humano para realizar experiências e torturas, a não ser com o consentimento da própria pessoa; isto é um direito humano e está na Constituição dos Estados Unidos.

Eu pergunto: - Até quando o Brasil vai assistir, de braços cruzados, a tantas barbaridades cometidas contra pessoas indefesas?

Pessoas que são internas para repouso, entram normais e saem loucos! Porque esses lugares infames fabricam pessoas anormais; são autênticas fábricas de loucos. Isto é feito para fins lucrativos, pois cada aplicação dessas, custa dinheiro para os cofres governamentais. Tenho que falar tudo, para que se tome medidas punitivas contra tais mercenários e que daqui em diante, ninguém passe mais por esses fatos terríveis.

Estas são as principais emendas a serem inseridas na nova legislação no que se refere aos doentes mentais:

I - Abolir terminantemente o uso de eletrochoques, no tratamento a doentes mentais.

II - Abolir o uso de sedativos para o indivíduo dormir.

III - Instaurar comissões para averiguar periodicamente esses hospitais e os seus métodos de tratamento.

IV - Promover sempre que possível, horas de lazer para essas criaturas como; festinhas, cirandas, forrós, tudo como parte da terapia.

" M E N S A G E M "

Quis o destino, através dos intrincados desígnios de DEUS, que eu fosse a pessoa indicada para essa missão tão difícil, mas gratificante. De Norte a Sul, de Leste a Oeste, de todos os confins desse país, quero abraçar a todos os doentes mentais, dando-lhes esperança de dias melhores e tratamento condigno para seres humanos. Estou, meus queridos, com todos vocês em espírito e que DEUS vos abençõe.

Fraternalmente.

Sônia de Andrade Pessoa

João Pessoa, 11 de Novembro de 1991

- Sônia de Andrade Pessoa -

SONIA DE ANDRADE PESSOA

- Autora -

ILUSTRÍSSIMO SENHOR

MAURO BENEVIDES

PRESIDENTE DO SENADO FEDERAL DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

BRASÍLIA - DF

26 NOV 1991

João Pessoa, 11 de Novembro de 1991

ILUSTRÍSSIMO SENHOR

MAURO BENEVIDES

PRESIDENTE DO SENADO FEDERAL

BRASÍLIA - DF

Estou lhe enviando um trabalho meu, para que seja aproveitado em benefício dos doentes mentais desse país.

Espero que este projeto, seja aprovado na íntegra, pelos senhores. Essas novas diretrizes devem constituir um capítulo novo da nossa Constituição.

Depois de serem aprovadas, devem ir ao "AR", para que todos os beneficiados possam ouvir as boas novas, que mudarão por completo as suas vidas infelizes. A mensagem também dere ser ouvida.

Certa de sua compreensão ao exposto, agradeço.

Atenciosamente.

Sônia de Andrade Pessoa

SÔNIA DE ANDRADE PESSOA

P.S. Anexo Projeto

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAÚNA

SUS

Conselho Federal de Nutricionistas
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS — 2.ª REGIÃO
Rio Grande do Sul e Santa Catarina
Rua dos Andradas, 1560 - 20.º Andar - Conj. 2012 - Edifício Galeria Malcon
Fone/Fax (051) 224-58-23 - Porto Alegre - RS - CEP 90020-900

DESTINO: COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS - CAS

A/C: SENADOR LÚCIO ALCÂNTARA

FAX Nº (061) 311.3662 DATA: 21.06.95

Nº DE PAGS: 01 (incluindo esta) FAVOR COMUNICAR CASO FALTE.

TEXTO:

O Conselho Regional de Nutricionistas da 2ª Região, Jurisdição RS-SC, solicita voto favorável de Vossa Senhoria, ao Projeto de Lei Nº 08/91 (3.657 na origem) de autoria do Deputado Paulo Delgado, que trata da Reforma Psiquiátrica.

Atenciosamente.

CARMEN SILVIA MACHADO FONTOURA
PRESIDENTE INTERINA
CRN-2 Nº 0099

FAX

Data: 22/09/95

PARA:
COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS
TODOS OS SENADORES MEMBROS

DE: **"Jornada da Cidadania"**

FAX

Data: 22/09/95

PARA:

SENADO FEDERAL

Anexo ao

PLC 8/91

(PL 3.657/91)

PARECERES

AVULSOS

CONSULTA TÉCNICA

Análise técnica do material provindo da Federação Brasileira de Hospitais e encaminhado pelo Gabinete do Senador Jutahy Magalhães, que faz "considerações em torno do Projeto de Lei nº 3.657/89, aprovado nas Comissões e no Plenário da Câmara Federal, sem discussão" e que no Senado recebeu o nº 0008/91, ora em apreciação pela sua Comissão de Assuntos Sociais.

O Projeto de Lei nº 0008/91 (nº 3.657/89 na Casa de origem), 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." Este Projeto, conquanto tenha passado de forma silenciosa pela Câmara dos Deputados, com o quase total desconhecimento da sociedade civil brasileira, tem merecido, por ocasião de sua tramitação no Senado Federal, a mais ampla discussão nos meios acadêmicos, políticos, nas instituições prestadoras de serviços de saúde, nas associações classistas, quer de profissionais de saúde, quer de entidades prestadoras de serviços, além das associações organizadas de familiares e de usuários dos serviços de atenção à saúde mental.

Como reflexo deste grande debate, a imprensa leiga tem-se pronunciado por intermédio de articulistas e de notas informativas, contribuindo, ainda que de forma sensacionalista e nem sempre isenta, para a maior ebulição da questão, no mais das vezes tratada de forma emocional e ideológica pelos interessados, sem a necessária abordagem técnica, pragmática e desprovida de paixões ou de interesses vários.

Dada a complexidade e interesse público do assunto, estendemo-nos no aprofundamento da questão, estudando detidamente a problemática levantada e ouvindo imparcialmente as partes interessadas, o que nos levou a extrapolar o prazo que nos foi conferido. A delicadeza do tema e as variáveis envolvidas assim o exigiram.

O documento encaminhado pela Federação Brasileira de Hospitais analisa o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado e o coteja com iniciativas similares levadas a cabo na Itália e nos Estados Unidos da América. Traz, também, o depoimento de Ana Rosa Lugli, Presidente da Associação dos Doentes Psiquiátricos Graves, da Itália, que protesta contra o abandono dos doentes mentais naquele país. O documento principal, de autoria do Dr. Sílio Andrade, além de mencionar o acima citado, refere-se e transcreve trechos de outros trabalhos, como: "Il Dopo 180 = Primo Balancio de una Riforma", "Proietto Obiettivo - Tutela della

Salute Mentale"; Vaso de Pandora" - Gianni Nardo - Revista Temas, S. Paulo (Departamento de Psiquiatria, Rovigo - Itália); "Doença Mental - A Voz dos Familiares" - Ana Rosa Lugli-Andretta; "Assistência Psiquiátrica Hospitalar e Ambulatorial" - F.B.H. - Salomão Rodrigues Filho (Departamento de Psiquiatria).

No seu todo, o material encaminhado pela Federação Brasileira de Hospitais pretende demonstrar a inadequação do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, ao tempo que apresenta um substitutivo, à guisa de sugestão.

A esta altura, torna-se imprescindível reportarmo-nos ao Projeto de Lei que motivou tal celeuma. Quanto à iniciativa, não há que se retirar o mérito do ilustre parlamentar Paulo Delgado em desvelar, ao povo brasileiro, a situação de penúria e sofrimento em que se encontra grande parte do contingente dos enfermos psiquiátricos e à absoluta carência de uma política de saúde mental para a Nação.

Em si, o Projeto deixa a desejar, porquanto tem por preocupação precípua a extinção do hospital psiquiátrico público e dos leitos conveniados, ali confundidos com "leitos psiquiátricos manicomiais". Contudo, no seu art. 3º fala da internação psiquiátrica compulsória, reconhecendo, "ipso facto", a necessidade de tal procedimento terapêutico. Mas, à falta de leitos psiquiátricos, onde se fará tal hospitalização? Creio que o ilustre autor pretende seja feita eem unidade psiquiátrica de hospital geral, o que é outra questão a ser discutida, tanto nos seus aspectos técnicos, como nos aspectos econômicos e financeiros.

É de se ressaltar que a simples desospitalização do atendimento psiquiátrico não constitui medida suficiente e, talvez, nem a tecnicamente indicada para a desejada política de saúde mental para o País. Necessário, sim, é a desativação dos macro-asilos existentes e transformá-los em múltiplas unidades de atendimento a pacientes psiquiátricos crônicos que não possam, por motivos nosológicos ou sociais, voltar ao convívio familiar.

Outra vertente, abordada de maneira feliz plo autor, em seu Projeto de Lei, é a defesa dos direitos humanos e civis do paciente, quando determina a comunicação da internação psiquiátrica compulsória, à autoridade judiciária local, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas.

Em linhas gerais, no que tange à medida basicamente preconizada no Projeto, a desospitalização, resta saber se é técnica e financeiramente factível, isto é, se outras alternativas de atendimento psiquiátrico conseguirão substituí-la integralmente, inclusive levando-se em conta a variável efetividade social. Isto é, uma medida pode até ser eficaz e eficiente, mas carecer de efetividade social, pois não logra contemplar o universo de variáveis concorrentes, num determinado período de tempo ou para uma determinada classe social. Aliás, o Projeto de Lei, a nosso ver, estaria melhor objetivado se sua pretensão primacial fosse a "extinção progressiva dos macro-asilos, públicos ou particulares e a revisão das estratégias de abordagem da doença mental", incluindo-se a própria hospitalização, hoje, infelizmente, quase que a única utilizada (e mal utilizada) em nosso País.

A crítica da Federação Brasileira de Hospitais centra-se neste ponto fraco do Projeto de Lei - a desospitalização pura e simples - como se fora este um procedimento inteiramente administrativo e já tcnicamente superado. Aliás, esta posição do Projeto deflui de uma posição ideológica e emocional, pois em nenhum compêndio de Psiquiatria no mundo ou em qualquer trabalho realmente científico, chegou-se a tal conclusão. No chamado movimento antipsiquiátrico, combateu-se, o abuso dos procedimentos psiquiátricos com o objetivo de repressão social, generalizando, emocional e impensadamente, muitos dos seus expoentes, a sua ogeriza para a Ciência Psiquiátrica, que em si é neutra, ou, em tese, deve ser boa, pois está a serviço da humanidade. É um terrível contra-senso pensar num conluio universal dos profissionais da área de Psiquiatria contra o homem, que é o seu ideal, objeto de dedicação e de cuidados.

A propósito desta questão da desospitalização, temos duas experiências mundiais, ambas no chamado Primeiro Mundo, dentre seus países mais ricos: Estados Unidos e Itália. A experiência destes dois países foi citada como exemplo no documento sob análise.

Nos Estados Unidos da América, cujo Sistema de Saúde é tradicionalmente privado e privatista, optou-se, em 1963, pela chamada Lei Kennedy, que determinava o fechamento de maior parte dos hospitais psiquiátricos públicos, os quais atendiam a população de menor poder aquisitivo daquele país e continham, por isto mesmo, também vasta gama de problemas sociais, além de psiquiátricos. Julgou-se que o atendimento extra-hospitalar conseguiria separar o problema social, do estritamente psiquiátrico, conferindo também a este, maior eficácia e eficiência. Não obstante tratar-se do país mais rico do planeta, relatórios recentes apontam o insucesso da medida, pois, simplesmente, têm-se, hoje, em inúmeras megalópolis americanas, grande número de pacientes psiquiátricos tratados pela polícia e contidos em prisões, como é o caso das cadeias públicas de Los Angeles que abrigam, em média, 3.600 (três mil e seiscentos) pacientes com doenças mentais graves. Em Boston, 500 (quinhentos) doentes mentais são recolhidos todas as noites pela Instituição "Abrigo de Pessoas de Rua".

Em suma, nos Estados Unidos de hoje, os doentes mentais são mais um caso de polícia que de Psiquiatria, e os problemas sociais multiplicaram-se. Há apenas 68.000 (sessenta e oito mil) pacientes portadores de psicoses endógenas (esquizofrenia e P.M.D.) hospitalizados, contra 250.000 (duzentos e cinqüenta mil) contidos em prisões e albergues, isto é, sem tratamento médico-psiquiátrico.

Na Itália, a experiênciadeveu-se ao movimento, que na década de 1970 foi liderado por Franco Basaglia e que propugnava contra o manicômio e a Psiquiatria, com forte colorido ideológico e sócio-político. Na verdade, o atendimento psiquiátrico público na Itália era da pior qualidade, causando indignação nos meios acadêmicos e na sociedade civil. O Hospital psiquiátrico público era de natureza macro-asilar e custodial, extremamente iatrogênico pela sua organização de poder e o baixíssimo nível técnico dos seus profissionais, a começar dos médicos, psiquiatras por oportunidade, isto é, clínicos de outras especialidades e que exerciam a função de médicos no hospital público apenas pelo emprego em si.

Ainda que vitorioso, o movimento de Baságlia, que produziu a Lei 180, de 1980, chamada Lei Baságlia, não teve as características radicais das medidas adotadas nos Estados Unidos após 1963. Mais cautelosos, os italianos transformaram os seus macro-asilos em hospitais modernizados para o tratamento de pacientes crônicos. O número de hospitalizações caiu de 36.700 para 20.000, abrindo-se amplo leque de opções de tratamento do paciente psiquiátrico, mas consideradas, ainda assim insuficientes e mal distribuídos no território italiano.

Recente e ampla pesquisa oficial, realizada após mais de 10 anos de "Reforma", - "Il Dlopo 180 = Primo Bilancio Di Una Riforma" - revela que o momento da atenção psiquiátrica na Itália caracteriza-se pela "coexistência e contradição entre o velho, não ainda superado, e o novo, não ainda afirmado".

Destarte, a "Riforma" italiana não excluiu a internação e nem fechou os hospitais psiquiátricos, mas, sim, transformou a obsoleta estrutura existente num projeto amplo e moderno de assistência psiquiátrica. Mesmo assim, passados 12 anos e em se tratando de um país rico, culto e com sociedade mais participativa, ainda persistem problemas, tais como, a má distribuição de serviços especializados, ainda carentes na Itália Meridional, os chamados S.P.D.C. ("Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura").

A grande questão que resta é se a existência do hospital psiquiátrico especializado é ou não necessária, uma vez que até a hospitalização compulsória é admitida no Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. Todavia, no referido projeto fala-se em desospitalização e no funcionamento de recursos não maniconiais de atendimento, dentre eles a unidade psiquiátrica em hospital geral. Parece implícito que os leitos psiquiátricos transferir-se-iam do hospital especializado para o hospital geral.

Eis algo para ser exaustivamente estudado sob todos os pontos de vista, pois se a doença mental é uma enfermidade como outra, não merecendo qualquer tipo de discriminação, o doente mental possui características especiais, merecendo tratamento com peculiaridades, carecendo, portanto, de ambiência, clima, profissionais especializados etc, como acontece, por exemplo, com os politraumatizados e doentes do aparelho locomotor, que têm merecido do Estado brasileiro uma verdadeira rede de hospitais de referencia, dentre os quais está o Hospital Sarah Kubtschek de Brasília.

A maioria dos psiquiatras concordam em princípio, com o socorro e a internação, principalmente se num primeiro evento ou num primeiro surto, em uma unidade específica de um hospital geral, por um período de tempo não superior a 07 (sete) dias, pois, ao cabo deste período de tempo, as condições do hospital geral passariam até a ser iatrogênicas.

A experiência neste sentido, hoje existente, é realizada nestas bases e, quando o hospital geral abriga por tempo indeterminado o paciente psiquiátrico, este é colocado numa unidade à parte do contexto do hospital geral, com área ampla e outros recursos terapêuticos. Em Brasília mesmo já se logrou tal experiência, primeiramente no Hospital de Sobradinho, que à época era também

hospital-escola. Acompanhamos de perto a experiência, e, como o hospital não dispunha de unidade em separado para o doente psiquiátrico, só podíamos lá internar alguns tipos de doentes, portadores de formas não agitadas de doença mental. Mesmo assim tais pacientes sofriam rejeição por parte dos demais pacientes clínicos, em decorrência do seu comportamento bizarro e e alheio à conveniências sociais. Além destas limitações, ainda outros motivos de ordem financeira e social se somaram, tidos como pontos negativos desta experiência: o custo elevado do leito/dia no Hospital Geral e o tempo que este ficava bloqueado, impedindo o atendimento de outras especialidades, cuja média de permanência era mais breve e era mais compatível com a estrutura sofisticada de cuidados e de assistência hospitalar do referido hospital geral.

Outra experiência, todavia, obteve sucesso: o da enfermaria psiquiátrica do Hospital de BAse do DF. Inicialmente, ocupando, todo o 9º andar do Hospital, foi recambiado, pelos motivos já acima mencionados, para uma unidade em separado no térreo, mas ligado à estrutura do Hospital de Base. Ainda que com uma abordagem multiprofissional de Psiquiatria, e com as características fundamentais do hospital psiquiátrico típico, a unidade padece de um problema grave: a falta de espaço.

No documento trazido pela Federação Brasileira de Hospitais há um argumento com o qual concordamos inteiramente, quando diz: "As características arquitetônicas do Hospital Geral diferem inteiramente daquela do Hospital Psiquiátrico. Neste, há necessidade de espaço extra-enfermaria, pois o paciente não permanece no leito e, naquele, a necessidade de espaço é na enfermaria, uma vez que o paciente permanece no leito".

Os defensores do fechamento de todos os hospitais psiquiátricos, (que são, na verdade, apenas hospitais especializados), propugnando pela hospitalização dos doentes mentais no hospital geral, têm recorrido à "Declaração de Caracas", documento expedido pela "Conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina - Caracas, Venezuela, 11-14 de novembro de 1990". Ora, tal documento foi produzido dentro de uma visão de atendimento psiquiátrico a nível do contexto dos SILOS (Sistemas Locais de Saúde) e da estratégia de Atenção Primária de Saúde, quando se procura evitar o agravamento de problemas ao "desenvolver programas, baseados nas necessidades da população, com características descentralizadas, participativas e preventivas". (Item "2" dos "considerandos").

Dentro desta filosifia de abordagem dos problemas de saúde, a sua maior parte pode ser resolvida a nível local, não se podendo evitar, contudo, a referência de quadros complexos e crônicas a instâncias ou referências de cuidados especializados ou mais complexos. É o que ocorre com inúmeros problemas psiquiátricos, para os quais seria extremamente dispendiosos constituir equipes e estruturas físicas para o atendimento a um número reduzido de pacientes. É inevitável, portanto, a referência a um hospital especializado, que em si nada teria de errado, se não fora o reflexo que sofre da caótica assistência hospitalar e de saúde como um todo, pela qual passa o Brasil.

Aliás, a "Declaração de Caracas" não investe contra o hospital psiquiátrico "in genare", mas apenas o questiona no contexto dos sistemas locais de saúde e da estratégia da Atenção Primária, como única altenativa para o tratamento da doença mental. Assim expressa no seu item "2", na declaração propriamente dita. "Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços."

Há que se interpretar, pois, a "Declaração de Caracas", no contexto que lhe é próprio. Ademais, a realidade territorial de países do tamanho da Costa Rica, Panamá, Uruguai etc, e da própria Venezuela é completamente diferente da nossa, com as peculiaridades da dimensão territorial brasileira e do tamanho da nossa população urbana.

Em nosso entendimento, a Federação Brasileira de Hospitais não vai de encontro aos meios alternativos de atendimento psiquiátrico, mas é contra, sim, a forma radical com que se pretende extingui-lo, sem bases técnicas, culturais, financeiras e administrativas realísticas. A sua posição, consubstanciada no substitutivo que sugere, privilegia a profilaxia e a utilização de recursos extra-internação na abordagem dos problemas psiquiátricos e considera a "internação hospitalar como fato contingente e transitório".

"Permissa venia", a nossa posição técnica diante do problema é a de se afastar radicalismos e posturas ideológicas, podendo ser resumida da seguinte forma:

1 - a atenção psiquiátrica no Brasil está caótica, iatrogênica e à míngua de recursos financeiros;

2 - urge, realmente, uma "revisão crítica do papel "hegemônico e centralizador" que exerce o hospital psiquiátrico, no momento;

3 - o hospital especializado de Psiquiatria não é um mal em si, mas é iatrogênico da maneira como é forçado a funcionar, dentro do atual modelo médico-assistencial.

4 - a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil não passa pela extinção pura e simples do hospital especializado de Psquiatria, mas, sim, pelo seu enquadramento numa determinada instância do Sistema de Saúde, desempenhando papel secundário e de retaguarda;

5 - o Brasil dispõe de recursos humanos e técnicos para desenvolver ótima assistência psiquiátrica preventiva, curativa e de apoio, fora do ambiente hospitalar, faltando apenas vontade política de implementá-la;

6 - a internação ou não do paciente psiquiátrico ou em que tipo de hospital fazê-lo é problema técnico e não político-administrativo.

7 - a coibição de abusos de todo jaez faz-se pela vigilância dos segmentos responsáveis: autoridades judiciárias, autoridades sanitárias e previdenciárias;

8 - o tempo de hospitalização de pacientes é um critério técnico a juízo da equipe psiquiátrica, sujeito a uma supervisão técnica competente, sendo totalmente ineficaz e gerador de distorções, o critério administrativo de se fixar "a priori" o tempo supostamente hábil;

9 - a mudança das estratégias de atenção psiquiátrica é tarefa necessária, mas complexa, exigindo-se tempo e recursos para a sua implementação, passando necessariamente pelo preparo das comunidades em seu processo de organização e pela mudança da mentalidade técnica de alguns setores do aparelho prestador de serviços;

10 - a despeito de quaisquer mudanças, hoje ou no futuro, urge salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis do paciente psiquiátrico, em qualquer que seja a modalidade de atendimento em que esteja inserido;

11 - o movimento de uma reforma na atenção psiquiátrica não pode contrapor a sociedade e a equipe de saúde, esta eleita como bode expiatório, mas, pelo contrário, provomer a interação de ambos segmentos, num processo que é de interesse mútuo e de toda a coletividade.

Estas são, pois, as considerações que poderiamos tecer em torno do documento que nos foi apresentado.

Luiz Antônio da Paiva
Assessor

APRECIAÇÃO DO PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº 8/91
(Parecer avulso solicitado pela Senadora Emília Fernandes)

1. O projeto

O Projeto de Lei da Câmara de nº 8/91 (PL nº 3.657/89, na Casa de origem), 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;

- proibição de contratação ou financiamento, pela Administração Pública, de novos leitos em hospitais psiquiátricos;

- planificação, instalação e funcionamento, por parte dos organismos de gestão estadual e municipal do Sistema Único de Saúde, de recursos não-manicomiais de atendimento;

- 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;

- definição de "intervenção psiquiátrica compulsória" e determinação de que sua notificação seja feita à autoridade judiciária local pelo médico que a procedeu no prazo de 24 horas, com prazo de outras 24 horas para que a autoridade judiciária local opine sobre a legalidade da internação;

- 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.

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".

Em relação ao primeiro tema, a **extinção dos manicômios**, o projeto parte do princípio de que o hospital psiquiátrico especializado está superado do

ponto de vista técnico e ideológico e, assim, não há justificativa para a sua manutenção entre os recursos assistenciais para o tratamento das doenças mentais, em vista do moderno entendimento da patogênese dessas doenças e do arsenal terapêutico desenvolvidos no pós-guerra.

Em relação a este último tópico, são relevantes o desenvolvimento dos psicofármacos e de técnicas psico e sócioterápicas e a experimentação e os bons resultados de alternativas assistenciais ambulatoriais e comunitárias.

Parece corroborar estes argumentos o fato de que, em todos os lugares, os hospitais psiquiátricos são favorecedores de cronificação mais do que de cura e são reconhecidos o desrespeito a direitos humanos e civis e a negligência com que são tratados os pacientes nestas instituições.

Por outro lado, o tratamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos especializados é muito caro, tanto para os sistemas públicos como para o financiamento particular. A manutenção desta rede de hospitais psiquiátricos, públicos e contratados, em nosso País, tem significado o dispêndio de consideráveis somas de recursos por parte do Sistema Único de Saúde, concentrando-o em uma única forma de atenção, em detrimento do desenvolvimento de formas alternativas, reconhecidamente mais eficazes, mais humanas e mais eficientes.

O abandono de pacientes nos hospitais psiquiátricos é parte desta conspiração cultural que envolve familiares, instituições de saúde mental e a própria sociedade.

As tentativas de reversão deste quadro a partir de dentro do próprio hospital psiquiátrico foram frustrantes e ineficazes, levando seus executores a concluir que as características criticadas são estruturais à instituição e que sua reforma é impossível. Daí proporem sua pura e simples extinção. A confusão entre os conceitos de "hospital psiquiátrico" e "manicômio", entre os defensores desta posição, é proposital.

Os defensores da Reforma propõem, assim, a substituição do hospital psiquiátrico especializado ou manicômio por outras alternativas assistenciais, entre as quais se encontram: a internação em leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia e hospitais-noite, serviços ambulatoriais, centros de convivência, pensões protegidas e outros desta natureza.

Apoiam esta posição, em nosso meio: o Conselho Nacional de Saúde, as coordenações de Saúde Mental do Ministério da Saúde e das secretarias de estado da saúde, os conselhos federais de fiscalização do exercício profissional de todas as profissões de saúde, a Associação Brasileira de Psiquiatria e um grupo de associações civis de pais e amigos de doentes mentais e de ex-internos. Ela é também uma recomendação da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992.

Contrários a este ponto de vista da extinção dos hospitais psiquiátricos, encontramos um outro grupo de associações civis de amigos/familiares de doentes mentais e ex-internos, um grupo significativo de psiquiatras e professores universitários de Psiquiatria, além — é claro — dos empresários médicos, capitaneados pela Federação Brasileira de Hospitais, que vêem seus investimentos ameaçados pelo projeto e prevêem a redução de seus ingressos se ele vingar.

O principal argumento apresentado contra a extinção dos hospitais psiquiátricos se baseia — sob várias nuances e arrazoados — na crença de que os hospitais psiquiátricos são recursos assistenciais necessários, ainda que dentro de uma rede de serviços de atenção à saúde mental diversificada, como proposta pelos partidários da Reforma, pelas seguintes razões:

a) discordância de que os hospitais psiquiátricos sejam extintos por lei, entendendo que isto deverá ser deixado para a "racionalização assistencial" ou pelos "progressos da ciência médica", mantendo, até lá, o hospital psiquiátrico como "uma das pedras basilares da assistência ao portador de distúrbios mentais". São contrário à manutenção de "manicômios" e fazem distinção entre os conceitos de "manicômio" e "hospital psiquiátrico";

b) existência de pacientes — citadamente os crônicos, os psicóticos graves e os há muito tempo institucionalizados — que não teriam o tratamento devido nem se adaptariam aos regimes de internação em hospitais gerais ou de atendimento em serviços ambulatoriais;

c) os hospitais gerais não estarem preparados para receber pacientes psiquiátricos ou — outra nuance deste mesmo argumento — a inadequação do paciente psiquiátrico à estrutura e rotinas de um hospital geral ou vice-versa. Em algumas regiões do País, apenas os hospitais psiquiátricos especializados aceitam pacientes portadores de doença mental grave;

d) as experiências de reforma da assistência psiquiátrica levadas a efeito na Itália, nos Estados Unidos e em outros países que teriam transferido número significativo de pacientes dos manicômios para as dependências do sistema judiciário (polícia e prisões), da assistência social ou para as ruas (*homeless*);

e) o prejuízo ao ensino e à pesquisa;

f) a necessidade de desenvolver uma rede de serviços alternativos *antes* de "fechar os hospitais psiquiátricos".

g) a insuficiência de leitos psiquiátricos no país, notadamente nas regiões Norte e Centro-Oeste, qualquer que seja o modelo assistencial adotado.

Cabe um conjunto de breves **considerações sobre estas críticas**.

A **permanência e necessidade do hospital psiquiátrico** enquanto hospital especializado é a questão fulcral em debate. Como já se disse, defendem os contrários ao Projeto que este recurso é essencial e inerente à assistência aos doentes mentais, qualquer que seja o modelo assistencial que se implante, mesmo com a disponibilidade de suficientes recursos assistenciais ambulatoriais. Alegam que não existe país no mundo que não disponha de hospitais psiquiátricos especializados e que sua substituição não deve ser matéria de lei, mas de políticas do setor saúde e da própria evolução da Medicina.

Os defensores da Reforma, por outro lado, argumentam que este recurso terapêutico é técnica e ideologicamente superado, cabendo substituí-lo por outro mais "moderno" e eficaz. Está também em jogo a perspectiva, do ponto de vista deste grupo, de que — além de ineficazes e ineficientes — os manicômios representam atentados diuturnos inaceitáveis no atual momento histórico aos direitos humanos e civis dos portadores de enfermidades mentais. Veem a superação deste modelo hospitalocêntrico como um processo de mudança cultural no qual a legislação teria um papel indutor importante.

A legislação, "uma regra permanente", seria também necessária à prevenção de rupturas no processo e seu retrocesso, além de ter um papel disciplinador das leis estudais e municipais sobre a matéria, das quais já existem 10 aprovadas ou em tramitação.

Em relação à **inadequação ou insuficiência do modelo reformado à assistência a determinados tipos de doentes**, alguns estudos têm dado razão

ao argumento. Ao mesmo tempo em que os modelos baseados em serviços ambulatoriais e de base comunitária permitiram ampliar o leque de assistência à pacientes — como os portadores de neuroses, por exemplo — que anteriormente não tinham acesso, pela absoluta ou relativa falta de oferta, a serviços assistenciais, falharam, muitas vezes, em prestar adequada assistência e em re-inserir socialmente outro tipo de pacientes como os psicóticos graves, os crônicos e aqueles que estavam internados há muito tempo.

Esta não é, entretanto, uma característica inerente ao modelo. O caso brasileiro pode muito bem aprender com a experiência de outros países.

A desospitalização progressiva e a experimentação podem ajudar-nos a superar esta dificuldade.

O fato de os **hospitais gerais não estarem preparados para receber pacientes psiquiátricos** é uma questão preocupante e constatada em nosso meio e em outros países que promoveram reformas psiquiátricas.

Entre os opositores à aprovação do Projeto Paulo Delgado, encontram-se associações e familiares de doentes mentais que se contrapõem a extinção dos hospitais psiquiátricos especializados pela freqüentemente experimentada dificuldade de encontrar assistência e obter internação para seus pacientes em momentos de crise, notadamente pela insuficiência de leitos ou não aceitação deste tipo de pacientes pelos hospitais gerais.

Citam também, os opositores, a "obstrução e burocratização do sistema", ao transformar as emergências dos hospitais gerais — que, na maior parte das vezes, não dispõem de unidade ou assistência psiquiátrica — na mais freqüente porta de entrada para o sistema psiquiátrico.

Frente à situação atual do sistema de saúde de nosso País, questões desta natureza nos levam a refletir que a implantação da reforma psiquiátrica deverá dar conta de problemas bem mais complexos que os encontrados em outros países, onde a reforma se fez em sistemas de saúde bem melhor estruturados e funcionantes que o nosso.

A mais séria razão apontada pelos opositores ao Projeto é a de que, em alguns estados americanos e países europeus onde a reforma mais avançou, muitos pacientes graves e cronificados não encontraram local adequado para tratamento e cuidado, passando a aumentar o número de desabrigados e sem teto

das grandes cidades. **O número de doentes mentais entre prisioneiros e albergados por instituições de serviço social também cresceu**.

A questão da re-inserção social de portadores de doenças mentais e ex-doentes é crítica e indica que, no Brasil, grandes esforços e investimentos deverão ser feitos no desenvolvimento desta atividade dos novos serviços de saúde mental e de uma infra-estrutura comunitária a serem implantados com a Reforma, para aumentar sua eficácia.

O **prejuízo ao ensino e à pesquisa**, decorrentes da extinção dos hospitais psiquiátricos, alegado pelos professores de Psiquiatria é difícil de entender, uma vez que eles poderão se fazer nos novos serviços. Se os doentes estão no hospital geral, o ensino e a pesquisa devem ser feitos nos hospitais gerais. É dispositivo da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), corporificando o pensamento de todos os que trabalham com Ensino Médico neste país, que "os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional" (art. 27, parágrafo único).

Os defensores da Reforma perguntam o que estes professores, tão ciosos da manutenção dos hospitais psiquiátricos, têm feito para transformá-los.

A **necessidade de criar serviços alternativos *antes* de fechar os hospitais** é uma argumento falacioso.

Ora, é exatamente a manutenção da atual rede hospitalar especializada que tem consumido uma enormidade de recursos. O financiamento da assistência psiquiátrica em regime de internação consome, atualmente, segundo informação da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, cerda de 350 milhões de dólares por ano (dados de 1994).

Só deixando de pagar internações, teremos recursos para investir no desenvolvimento de outras alternativas assistenciais. Foi assim que aconteceu com o controle de tuberculose e hanseníase, hoje programas eficientes e internacionalmente reconhecidos.

O argumento é o contrário: é preciso deixar de financiar a internação para obter recursos para a criação de uma rede de serviços ambulatoriais e comunitários.

Além do mais, a experiência dos últimos três anos mostrou que, para a implantação de 400 novas unidades nos moldes preconizados pela Reforma, gastou-se apenas 3% do total gasto com AIH (autorização para internação hospitalar) psiquiátricas.

A **insuficiência de leitos psiquiátricos** é outro argumento apresentado contra a aprovação do Projeto.

Tem sido alegada uma recomendação da Organização Mundial da Saúde segundo a qual uma região, com suficientes recursos ambulatoriais, deveria dispor de 0,5 a um leito psiquiátrico para cada mil habitantes.

Por muito que citada, nenhum dos autores faz referência à fonte desta recomendação. Minhas pesquisas para localizar esta referência foram infrutíferas e a própria Representação da Organização Panamericana da Saúde no Brasil não foi capaz de informar a fonte ou o documento da Organização que contém a referida recomendação.

De qualquer modo, o país dispõe, em média, de 0,56 leitos psiquiátricos por 1000 habitantes, mas muitíssimo mal distribuídos, de tal forma que a região Sudeste apresenta uma taxa de 0,84, enquanto a região Norte tem 0,04 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes.

Não há leito psiquiátrico vago no País, nas palavras do Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, evidenciando que este tem sido um bom negócio e que não existem alternativas assistenciais suficientes, restando, às famílias, a internação.

Em decorrência da política adotada pelo Ministério da Saúde, este número é decrescente, estando em 1995 contratados pelo SUS 69.439 leitos. Há três anos atrás eram 86.037.

Na sua grande maioria, são ainda leitos em hospitais psiquiátricos. É evidente que o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais é ainda muito pequeno, da mesma forma que o número de núcleos e centros de atenção psicossocial, recomendados pelo Ministério da Saúde, é muito pequeno, ainda que crescente.

Tanto como os leitos em hospitais psiquiátricos, os leitos psiquiátricos disponíveis em hospitais gerais e os referidos núcleos e centros são

muito mal distribuídos, com as regiões Norte e Centro-Oeste como as mais mal aquinhoadas.

Em relação à **regulamentação da internação psiquiátrica compulsória**, parece haver consenso em que ela se faz necessária como forma de coibir os freqüentes desrespeitos aos direitos humanos e civis dos doentes mentais.

Ao lado da desinstitucionalização, este tópico é central à Reforma Psiquiátrica e à Luta Anti-Manicomial, estando presente como dispositivo de lei em todos os ordenamentos legais que surgiram sobre a matéria no pós-guerra na Europa e nos Estados Unidos e no Terceiro Mundo.

Em nosso meio, este dispositivo do projeto de lei não recebeu críticas de mérito, mas sim de conteúdo.

Não procede a crítica de que o projeto está transferindo uma decisão que é médica para um leigo, seja ele um juiz ou um funcionário do Estado: ou esta decisão homologa um parecer/diagnóstico psiquiátrico ou ela é resultado de perícia realizada por profissional especializado.

A primeira e mais freqüente crítica diz respeito ao tempo em que a internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada à autoridade judiciária local pelo médico que a procedeu (24 horas) e o tempo que esta autoridade tem para emitir seu parecer sobre a legalidade da internação (24 horas).

Critica-se que este é um tempo muito curto não só para a formulação de uma adequada opinião diagnóstica como para os trâmites administrativos necessários.

As emendas e críticas neste sentido propõem a ampliação destes prazos.

As leis de outros países estabelecem prazos que variam de 24 horas a 3 semanas para a notificação à autoridade judiciária.

O outro aspecto criticado no projeto de lei é sobre a autoridade judiciária eleita pelo autor do projeto para receber a notificação e proceder a auditoria. Critica-se não apenas a escolha da Defensoria Pública como a forma do dispositivo legal (técnica jurídica).

A crítica parte do princípio de que à Defensoria Pública não cabe, por disposição constitucional, o exercício de autoridade judiciária, uma vez que não faz parte do Poder Judiciário. Propõe-se o cometimento desta atribuição ao Ministério Público, nos termos do art. 129, inciso II da Constituição.

Do ponto de vista formal, a redação do art. 3º e seus parágrafos, colocando, entre parênteses, a possibilidade de designação de "outra autoridade judiciária", torna difusa a definição da atribuição, dificultando a aplicação do dispositivo.

2. O substitutivo

O substitutivo apresentado busca antecipar-se a alguns dos problemas analisados acima, em especial quanto à suficiência de leitos psiquiátricos e outros recursos assistenciais quando da implantação da Reforma e à insuficiências do modelo.

Peca, no entanto, ao esquecer que as mudanças pretendidas não se farão sem os recursos que, hoje, estão sendo carreados quase que exclusivamente para o financiamento das internações. Sem estancar esta sangria, não há como mobilizar o dinheiro necessário à implantação e aperfeiçoamento de alternativas assistenciais.

Creio que, aqui, é preciso ser radical: fechar a torneira; impedir a alocação de recursos naquela direção e direcioná-los para a Reforma.

Por outro lado, o substitutivo escamoteia a questão principal: os hospitais psiquiátricos são ou não necessários? São ou não recursos terapêuticos/serviços de saúde superados tecnologicamente? Às vésperas do século 21, os manicômios devem continuar existindo?

Os "hospitais especializados" estão lá, no art. 2º do substitutivo, arrolados como um dos "recursos assistenciais" a integrar uma "rede integrada e variada dos serviços assistenciais de atenção sanitária e social".

Também não concordo com os mecanismos propostos de controle social e decisão (art. 3º e 4º). A composição de conselhos estaduais de Reforma Psiquiátrica, como previsto pelo Projeto Paulo Delgado, me parece melhor solução, desde que se inclua neles representação dos prestadores de serviços

conveniados — que o projeto não prevê e que o próprio autor reconhece como falha que gostaria de sanar — e se submeta suas decisões à homologação dos respectivos conselhos estaduais e municipais de saúde.

Em relação ao tema das internações psiquiátricas compulsórias, a solução dada pelo substitutivo me parece muito boa, faltando apenas definir prazo para a atuação e manifestação do Ministério Público (art. 8º § 3º).

3. Considerações finais

O projeto em análise encontra-se em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais, como é de seu conhecimento.

Foi designado para relatá-lo o Senador Lúcio Alcântara (PSDB-CE).

Creio que sua colaboração será bem recebida por ele, que tem envidado esforços de ouvir interessados e buscar um consenso ou, pelo menos, a melhor solução para o aperfeiçoamento da proposição.

Envio, em anexo, outro parecer sobre este projeto, elaborado no ano de 1991, nesta Consultoria Legislativa pelo Consultor Luiz Antônio de Paiva, médico psiquiatra, por solicitação de um dos nossos Senadores daquela Legislatura.

Encontram-se também a sua disposição o parecer do Senador Paulo Bisol, relator do projeto junto à CAS na Legislatura passada, e os votos em separado dos senadores Lucídio Portella (sem data) e Beni Veras(10/12/91). O primeiro conclui pela sugestão de um substitutivo e o segundo, pela aprovação do projeto com três emendas.

Brasília, 4 de maio de 1995.

LUIZ CARLOS ROMERO
Consultor Legislativo

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

Dr Sergio Bourbon Cabral
Representative of Mr Roberto Jefferson
Chairman House Committee on Social Security
Camara dos Deputados
Brasília
Brazil

Fax No. 55 61 318 2208

7 June 1995

Sir,

I have the honour to refer to your letter of 6 June 1995 and should like to answer your questions as follows:

1. The World Health Organization has since 1978 been promoting the Primary Health Care strategy as the means of reaching the goal of Health for All. One of the principles of this approach proposed that health care should be done in as much as possible within the community itself. In this respect, the ancient psychiatric hospital, asylum-like, whose model was established in the 18th Century, is no longer compatible with technical developments which have occurred in medical and psychiatric areas since then, and with social developments such as questions related to human rights. Therefore, WHO strongly favours community-based mental health care systems and considers psychiatric hospitalization as an exceptional situation when every other possible alternative treatment has failed. When absolutely necessary, psychiatric hospitalization should be conducted according to medical and legal principles, in the best interests and in the least restrictive environment.

2. No, there are no countries without any psychiatric beds in mental hospitals.

3. No, the Declaration of Caracas is a technical but not an official WHO document. Official WHO documents are those approved by the Executive Board and the World Health Assembly, which is not the case of the Declaration of Caracas.

4. I will provide you with this information in a separate document.

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

Dr J. A. Costa e Silva
Director
Division of Mental Health

ENCLS: as stated above

cc: Dr Domingos Alves, Coordinator for Mental Health, Ministry of Health, Brasilia
Dr I. Levav, Programme Coordinator, Healthy Lifestyles and Mental Health, WHO Regional Office for the Americas, Washington, D.C.
Dr Armando López Scavin, Señor Representative, WHO, PAHO, Brasilia

CÂMARA DOS DEPUTADOS

Geneve, June 6th, 1995.

Prof. Jorge Alberto Costa e Silva
Director - Division of Mental Health
WHO

Dear Prof. Costa e Silva,

I would appreciate if you could clarify for us the following issues:

1) Does WHO suggests, in any of its official documents, the extinction of non-asylum-like psychiatric hospitals?

2) Are there, at WHO, refferencds of any country that extinguished all the psychiatric beds in Mental Hospitals?

3) The "Declaration of Caracas" is an official document of WHO?

4) Could you provide data related to the number of psychiatric beds for inhabitants in different countries?

With best regards,

Sergio Bourbon Cabral
on behalf of
Rep. Roberto Jefferson
Chairman of House Committee on
Social Security

GER 20.01.0050.5 –(DEZ/85)

Tradução de Perguntas Formuladas ao Professor Costa e Silva (Diretor da Divisão da Saúde Mental da O.M.S.) e Respectivas Respostas.

1) A O.M.S. sugere, em algum de seus documentos oficiais, a extinção dos hospitais psiquiátricos não - asilares?

R: A O.M.S. vem promovendo desde 1978 uma estratégia em Cuidados Primários de Saúde como meio de alcançar a meta de Saúde para Todos. Um dos princípios dessa abordagem propõe que os cuidados de saúde devem ser feitos tanto quanto possível na própria comunidade. A esse respeito, o antigo Hospital Psiquiátrico, de tipo asilar, cujo modelo foi estabelecido no século 18 não é mais compatível com os desenvolvimentos técnicos ocorridos nas áreas médicas e psiquiátricas desde então, e com os desenvolvimentos sociais tais como as questões relacionadas aos direitos humanos. Por essa razão, a O.M.S. apoia vigorosamente os sistemas de cuidado de Saúde Comunitários e considera a hospitalização psiquiátrica uma situação excepcional quando todas as outras alternativas possíveis de tratamento falharam. Quando for absolutamente necessária, a hospitalização psiquiátrica deve ser conduzida de acordo com princípios médicos e legais, nos melhores interesses e no ambiente menos restritivo possível.

2) Existem, na O.M.S., referências de algum país que tenha extinto todos os leitos psiquiátricos em hospitais para doentes mentais?

R:- Não, não existem países que não tenham mais leitos psiquiátricos nos hospitais para doentes mentais.

3) A " Declaração de Caracas" é um documento oficial da O.M.S.?

R:- Não, a Declaração de Caracas é um documento técnico mas não é um documento oficial da O.M.S. Os documentos oficiais da O.M.S. precisam ser aprovados pelo Departamento Executivo e pela Assembléia Mundial de Saúde, o que não é o caso da Declaração de Caracas.

4) O Sr. poderia nos fornecer dados relativos ao número de leitos psiquiátricos por habitantes nos diferentes países?

R:- Forneço essa informação num documento à parte.

WHO Regional Office for the Americas, Washington, D.C.
Dr Armando López Scavin, Señor Representative, WHO, PAHO, Brasilia

CH-1211 GENEVA 27 SWITZERLAND Telegr. UNISANTE GENEVA Telex 415416 OMS Fax: 791 07 46 CH 1211 GENEVE 27 SUISSE Télégr. UNISANTE GENEVE

Table 1. Number of Psychiatric Beds /1000 Population in WHO Member States for Which Information is Available

Member State	Total No. of Psychiatric Beds/1000
Albania	0.25
Algeria	0.27
Angola	0.03***
Armenia	0.62(92)
Australia	0.74*
Austria	0.9*
Azerbaijan	0.77*
Belarus	1.11*
Belgium	1.9(89)
Brazil	0.57*
Bulgaria	0.84
China	0.18*
Croatia	1.43*
Czech Republic	2.43
Denmark	0.7*
Estonia	1.38(93)
Fiji	0.26*
Finland	1.9(91)
France	1.8*
Georgia	0.86*
Germany	1.6*
Greece	1.0*
Hungary	1.87
Iceland	1.8*
Ireland	2.6(89)
Italy	0.80(89)

Member State	Total No. of Psychiatric Beds/1000
Japan	3.57*
Kazakhstan	0.84*
Kyrgyzstan	0.76(93)
Luxembourg	3.01
Malaysia	0.23*
Maldives	0.98(92)
Malta	3.20
Morocco	0.17
Myanmar	0.04
Netherlands	1.60(91)
New Zealand	0.85*
Norway	0.80*
Papua New Guinea	0.06*
Philippines	0.12*
Poland	1.38
Portugal	0.9(89)
Republic of Korea	0.29*
Romania	1.02
Russian Federation	1.28(93)
Singapore	1.11*
Spain	0.7(89)
Sri Lanka	0.02**
Sweden	1.7*
Switzerland	1.7*
Tajikistan	0.69(92)
Turkey	0.1*
Turkmenistan	0.77(92)
Ukraine	1.37*
United Kingdom	1.5(89)

Member State	Total No. of Psychiatric Beds/1000
United States	1.12*
Uruguay	1.11***
Uzbekistan	0.51(92)
Viet Nam	0.078*
Yugoslavia	0.50

*1990.
**1988
***1986
All others, 1982, except when the year is indicated in parentheses.

Wednesday 4/22

WHO Member States

Table 1. Number of Psychiatric Beds /1000 Population

Member State	% of Psychiatric Beds in General Hospitals	Total No. of Psychiatric Beds/1000
Afghanistan		
Albania		0.25
Algeria	7.4	0.27
Angola	0***	0.03***
Antigua and Barbuda		
Argentina		
Armenia		
Australia	11.4*	0.74*
Austria	5.5	1.66
Azerbaijan		
Bahamas		
Bahrain		
Bangladesh		
Barbados		
Belarus		
Belgium	3.8	2.53
Belize		
Benin		
Bhutan		
Bolivia		
Bosnia and Herzegovina		
Botswana		
Brazil	2.6*	0.57*
Brunei Darussalam		
Bulgaria	1.4	0.84

Member State	% of Psychiatric Beds in General Hospitals	Total No. of Psychiatric Beds/1000
Burkina Faso		
Burundi		
Cambodia		
Cameroon		
Canada		
Cape Verde		
Central African Republic		
Chad		
Chile		
China	4.6*	0.18*
Colombia		
Comoros		
Congo		
Cook Islands		
Costa Rica		
Côte d'Ivoire		
Croatia		
Cuba		
Cyprus		
Czech Republic	56.3	2.43
Denmark	20.5	2.29
Djibouti		
Dominica		
Dominican Republic		
Democratic People's Republic of Korea		
Ecuador		
Egypt		
El Salvador		

Member State	% of Psychiatric Beds in General Hospitals	Total No. of Psychiatric Beds/1000
Equatorial Guinea		
Eritrea		
Estonia		
Ethiopia		
Fiji	12.3*	0.26*
Finland	0	4.01
France	24.4	2.6
Gabon		
Gambia		
Georgia		
Germany	6.8	1.89
Ghana		
Greece	1.0	1.56
Grenada		
Guatemala		
Guinea		
Guinea-Bissau		
Guyana		
Haiti		
Honduras		
Hungary	84.8	1.87
Iceland	74.1	2.13
India		
Indonesia		
Iran		
Iraq		
Ireland	6.9	4.12
Israel		
Italy	3.7	1.46

Member State	% of Psychiatric Beds in General Hospitals	Total No. of Psychiatric Beds/1000
Jamaica		
Japan	36.0*	3.57*
Jordan		
Kazakhstan		
Kenya		
Kiribati		
Kuwait		
Kyrgyzstan		
Lao People's Democratic Republic		
Latvia		
Lebanon		
Lesotho		
Liberia		
Libyan Arab Jamahirya		
Lithuania		
Luxembourg	16	3.01
Madagascar		
Malawi		
Malaysia	14.3*	0.23*
Maldives		
Mali		
Malta	10.8	3.20
Marshall Islands		
Mauritania		
Mauritius		
Mexico		
Micronesia		
Monaco		
Mongolia		

Member State	% of Psychiatric Beds in General Hospitals	Total No. of Psychiatric Beds/1000
Morocco	11.4	0.17
Mozambique		
Myanmar	32.4	0.04
Namibia		
Nauru		
Nepal		
Netherlands	46	3.24
New Zealand	9.1*	0.85*
Nicaragua		
Niger		
Nigeria		
Niue		
Norway	46.1	2.83
Oman		
Pakistan		
Panama		
Papua New Guinea	4.6*	0.06*
Paraguay		
Peru		
Philippines	17.2*	0.12*
Poland	25.5	1.38
Portugal	0	1.08
Qatar		
Republic of Korea		0.29*
Republic of Moldova		
Romania	23.2	1.02
Russian Federation		
Rwanda		
Saint Kitts and Nevis		

Member State	% of Psychiatric Beds in General Hospitals	Total No. of Psychiatric Beds/1000
Trinidad and Tobago		
Tunisia		
Turkey	21.4	0.15
Turkmenistan		
Tuvalu		
Uganda		
Ukraine		
United Arab Emirates		
United Kingdom	14.2	2.88
United Republic of Tanzania		
United States	45.1*	1.12*
Uruguay	0.6***	1.11***
Uzbekistan		
Vanuatu		
Venezuela		
Viet Nam	2.4*	0.078*
Yemen		
Yugoslavia	0.6	0.50
Zaire		
Zambia		
Zimbabwe		

*1990.
**1988
***1986
All others, 1982.

WHO/MNH/92.11
Distr.: General
Original English

MENTAL HEALTH PROGRAMMES

Concepts and Principles

DIVISION OF MENTAL HEALTH
WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA
1992

Treatment of mental disorders

This component of national mental health programmes deals with the organization, provision and evaluation of care for the mentally ill and their families or communities. These tasks are evidently doable: WHO studies[1] have demonstrated that general health care staff can be trained in a very short time to deal with a limited number of well defined conditions such as epilepsy, acute excitement and chronic mental illness. Most patients do not need referral to more sophisticated services after receiving treatment in the primary health care setting: where this is necessary a functional linkage between different levels of care can considerably shorten the stay of the patient in the treatment system.

It was not only in WHO studies that it could be shown that a significant proportion of patients suffering from a mental illness can be adequately diagnosed and treated with minimal or no input from specialized services: numerous studies in developed and developing countries have shown the same in the past two decades[2]. Specialized institutions, if well run, have their place in the system of care for the mentally ill; but they can cease to be the main vehicle of such care, which can be provided by general health care and social services involving also non-medically qualified personnel - e.g., policemen and priests who can be taught to perform a series of tasks previously seen as requiring the services of a specialized mental health professional.

Prevention of disability and rehabilitation of those with mental and neurological impairments

The rehabilitation of those impaired because of mental illness or because of early acquired brain damage presents a major challenge to social services worldwide. Mental health workers can play an important role in the rehabilitation of those impaired: they have

[1]Sartorius, N., Goldberg, D., de Girolamo, G., Costa e Silva, J., Lecrubier, Y. & Wittchen, H.U. (eds). (1990). Psychological Disorders in General Medical Settings. Toronto, Lewiston, NY, Bern, Göttingen, Stuttgart: Hogrefe & Huber, Publishers.

[2]World Health Organization. (1984). Mental Health Care in Developing Countries: A Critical Appraisal of Research Findings. *Technical Report Series, 698.* Geneva: WHO.

836

WHO EXPERT COMMITTEE ON DRUG DEPENDENCE

Twenty-eighth Report

Over the past 20 years, both the production and the consumption of psychoactive drugs have increased significantly worldwide. Although most countries are now aware of the need to deal with the growing burden of health and social problems associated with psychoactive drug use, there is still some disagreement about the strategies that might be used to prevent such problems. This report contains the recommendations of a WHO Expert Committee responsible for reviewing information on psychoactive substances to assess the need for their control under the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, and the Convention on Psychotropic Substances, 1971. After a general discussion of current patterns of use of psychoactive substances and responses to drug-related problems, approaches to prevention are reviewed, including public health regulations, deterrence, and educational, community, and environmental approaches. Current treatment strategies are then discussed, and attention is drawn to the role of primary and general health services. The report concludes with a list of recommendations, including specific points concerning treatment services, training, regulatory control, and national policies and programmes, and with a consideration of ten substances to determine the need for a formal review by the Committee at its next meeting.

Price: Sw. fr. 10.–
Price in developing countries: Sw. fr. 7.–

ISBN 92 4 120836 8

World Health Organization
Geneva

Conversely, a lack of knowledge about illicit drugs can contribute to excessive public concern and lead to ill-considered policy-making. Public health workers and policy-makers face the task of discouraging potentially counterproductive over-reactions, and of keeping a place for ex-drug users in society, while still effectively discouraging the harmful use of drugs. Emphasizing the problems that result from the use of drugs that are legal and accepted in the society tends to underline the generally hazardous nature of psychoactive drug use, and thus becomes a way of promoting preventive measures.

6. Treatment responses to harmful use of psychoactive substances

6.1 The importance of treatment

There is a widespread need to strengthen the treatment response to psychoactive drug use. At present, the extent and quality of care available to drug users are often inadequate, particularly because some service providers may regard drug users as unworthy of help. Furthermore, members of the drug user's family, whether parents, partner or children, are likely to experience a variety of adverse social, economic or health consequences of drug use. The longer the affected person continues untreated, the greater will be the burden of family suffering. Ready availability of help for the drug user is thus in the interests of the family, as well as of the user. The family also has a right to support and assistance.

Although the target populations, goals and delivery mechanisms for treatment are in many ways distinct from those for prevention, in other aspects the two components are synergistic. For example, early intervention or education of drug users delivered in the primary care setting can make a highly significant contribution to prevention, while treatment of established dependence can contribute to the prevention of morbidity, social disadvantage or mortality. The importance of treatment services in contributing to the prevention of HIV transmission among intravenous drug users is referred to in section 6.3.4.

Failure to provide adequate treatment for drug-related problems is likely to prove costly to health services and to the community. For example, those engaged in the harmful use of drugs will, if untreated, continue to cause costs to health and social services of every kind, put strains on prisons through their inappropriate diversion to the penal services, and cause indirect social costs through loss of productivity.

Furthermore, a community that provides adequate treatment for drug users and their families is making a public statement that such problems are to be taken seriously and with due commitment. A treatment service, informed health professionals (especially primary care staff) and ex-drug users can all act as agents of change and help to increase community awareness.

6.2 The need for a multiple and integrated treatment response

6.2.1 *The need for a diverse response*

There are many different types of psychoactive drugs, each of which will have its own characteristic problems and patterns of use. Similarly, the drug users will vary widely in age and ethnic background, and will include the homeless or itinerant as well as people living in fixed dwellings. The presentation of the drug user to the health service may be early or late, with or without a high degree of dependence. There may be a wide and varied need for treatment of social, physical and mental problems related to drug use. The overall treatment response must therefore be designed in a flexible, patient-oriented, and family-oriented manner, so that the treatment offered to the individual drug user accurately matches that individual's needs, rather than the needs of any one perceived stereotype.

6.2.2 *Primary health care*

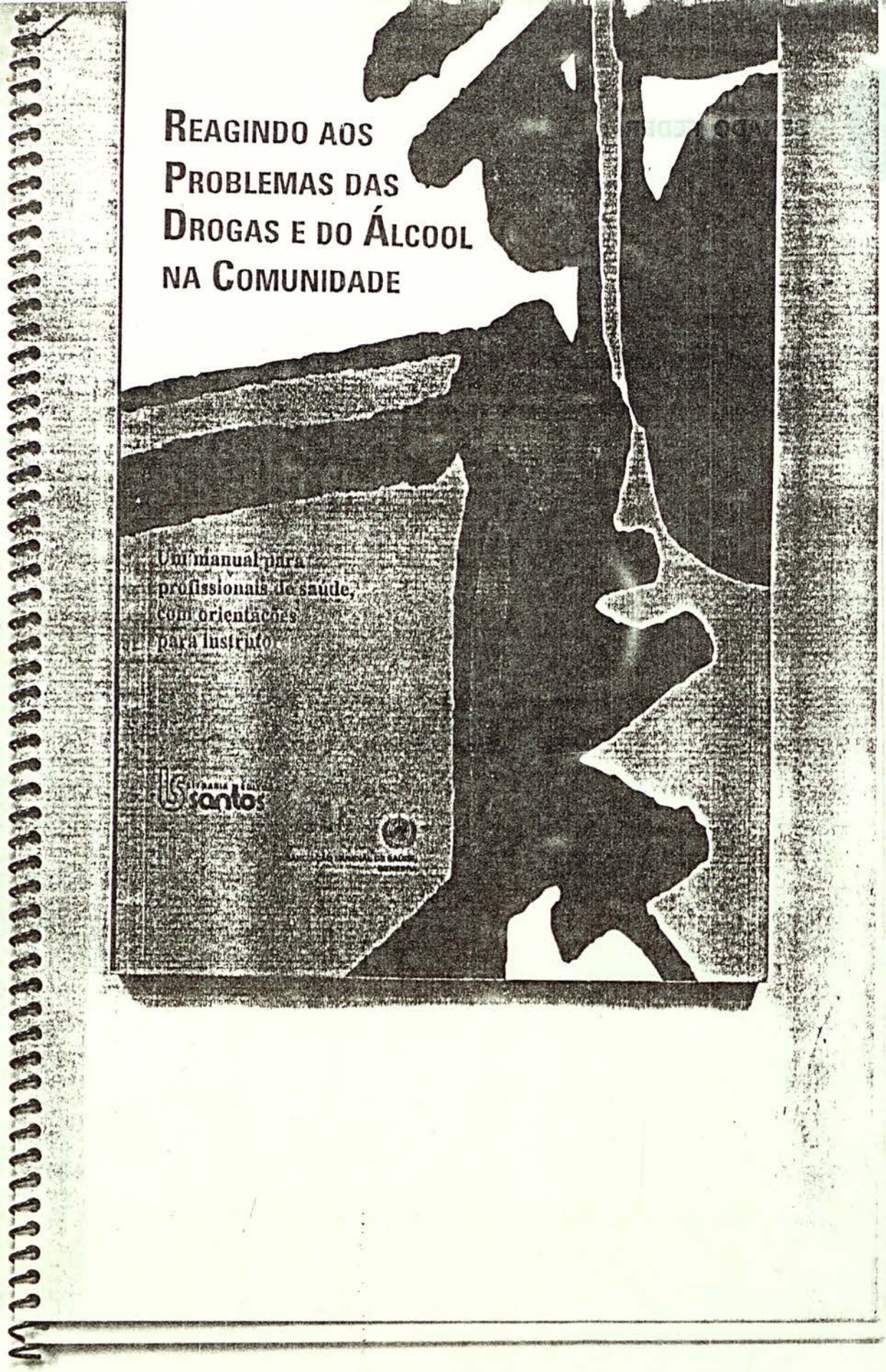
In planning the treatment response to drug-related problems, emphasis should be put on developing primary care and community-oriented services. General practitioners, primary health care workers, pharmacists, social workers, medical or psychiatric assistants, and other community health agents should be trained to screen and detect drug use, to make contact with drug users, to encourage them to seek help or continue treatment, and to deliver care. Self-help organizations such as Alcoholics Anonymous, Al-Anon, and Narcotics Anonymous should also be involved.

6.2.3 *General medical and psychiatric services*

The initial presentation of harmful use or dependence is often to general medical services – for instance, casualty departments – or to general psychiatric services. Enhancing the capacity of doctors, nurses, midwives and other health care professionals in these settings to detect and deal with drug-related problems, or to make appropriate referrals, is therefore an important element of service development.

6.2.4 *Specialized services*

Despite the emphasis given in this report to the role of primary care and general health services in response to the harmful use of drugs and dependence, the potential contribution to be made by specialized services should not be undervalued. Nevertheless, exclusive reliance on specialist services would be unproductive, and it would be unhelpful to isolate such services from health workers at other levels. There will be some drug users for whom a phase of intensive or prolonged specialist care will be indicated, many instances where care can be shared between general and specialist services, and many other instances where specialists can provide technical assistance or medical back-up to primary care workers, or provide referral services to general hospitals.


REAGINDO AOS
PROBLEMAS DAS
DROGAS E DO ÁLCOOL
NA COMUNIDADE
Um manual para
profissionais de saúde,
com orientações
para instrutor
Livraria Editora
Santos

pessoas ou a si mesmas se consumirem drogas ou álcool: por exemplo, mulheres grávidas, condutores de veículos, operadores de maquinário, e aquelas pessoas que já manifestam um problema grave relacionado ao consumo de drogas ou álcool. Além desses, outros grupos de risco incluem os doentes mentais ou as pessoas que estejam tomando medicamentos. O consumo de drogas ilegais é quase sempre prejudicial, não só pela ameaça à saúde mas também devido às conseqüências sociais, legais e econômicas em potencial. Uma rápida intervenção pode ser muito útil para uma pessoa componente de um grupo de risco. Tais intervenções são o tema do Capítulo 5 deste manual, e podem envolver uma discussão sobre os benefícios de se reduzir o consumo, assim como sobre as formas de lidar com a falta de drogas ou de álcool.

Prevenção terciária

Identificar e lidar com pacientes em condições graves que necessitam ser tratados sem demora

Algumas condições graves relacionadas ao consumo de drogas e álcool aparecem subitamente como casos de emergência. As mais dramáticas são: delirium tremens, ataques epilépticos, comportamento confuso ou agitado, paranóia, tentativas de suicídio e casos de "overdose". Em qualquer uma dessas condições de risco de vida, pode ser necessário que o profissional de cuidados primários de saúde dê uma medicação de emergência ao paciente; assim, esse ou essa profissional precisar de treinamento apropriado e de contato próximo com profissionais especializados.

Identificar e lidar com pacientes portadores de problemas relacionados a drogas e álcool e que precisam ser encaminhados a outros serviços

Algumas condições associadas ao consumo de drogas e álcool deveriam ser preferencialmente tratadas em um hospital; por exemplo, casos de epilepsia, cirrose do fígado, úlcera péptica, infecções dos pulmões, AIDS, hepatite. Existem outras condições de natureza psiquiátrica que devem ser encaminhadas a um serviço especializado e alguns pacientes que necessitem de desintoxicação devem ser examinados por um serviço de atendimento hospitalar. O profissional de cuidados primários precisa saber quais pacientes devem ser encaminhados, e a quem.

Identificar e aliviar problemas familiares relacionados a drogas e álcool

Além de danificar o cérebro e o corpo, as drogas e o álcool modificam o funcionamento e o controle das emoções, desejos, pensamentos e percepções, rompendo também os relacionamentos familiares e sociais. O paciente pode ficar alienado de todo o

L'activité extra-hospitalière en chiffres

Dix services de consultation, trois centres de thérapies brèves, trois hôpitaux de jour, un jardin d'enfants thérapeutique, trois foyers et quatre structures sociopsychiatriques: 80% des personnes ayant utilisé les services des IUP en 1993 l'ont fait exclusivement dans une structure extra-hospitalière.

En 1993, plus de 8'300 personnes ont été accueillies en milieu extra-hospitalier (1'566 en hospitalier). Les tableaux ci-dessous permettent de découvrir les caractéristiques des prises en soins effectuées dans les consultations et les centres de thérapies brèves.

Statistiques sur les consultations

	Age moyen des patients	Nbre de jours (*)
Psychiatrie infantile	7 ans	9.3 jours
Psychiatrie adulte		
Secteurs		
Eaux-Vives	37 ans	10.5 jours
Jonction	38 ans	9.1 jours
Pâquis	37 ans	11.2 jours
Divisions spécialisées		
Alcoologie	43 ans	11.0 jours
Toxicodépendants	28 ans	10.1 jours
Liaison à l'HCUG (1)	40 ans	3.9 jours
Développement mental	31 ans	10.7 jours
Psychiatrie gériatrique (2)	71 ans	18.2 jours

(*) Il s'agit du nombre moyen de jours de traitement, c'est à dire du nombre de fois où le patient est venu en traitement durant l'année.
(1) Divisions travaillant en lien étroit avec l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (HCUG): Division de psychiatrie et de psychologie médicale, Division de médecine psychosomatique et psychosociale, Division de gynécologie psychosomatique et de sexologie.
(2) Il s'agit de consultations effectuées auprès de patients hospitalisés dans les autres établissements publics médicaux genevois ou vivant dans des établissements médico-sociaux.

Statistiques sur les structures de soins intermédiaires (centres de thérapies brèves et autres)

	Age moyen des patients	Nbre de jours (*)
Psychiatrie adulte		
Secteurs		
Eaux-Vives	36 ans	13.1 jours
Jonction	36 ans	26.8 jours
Pâquis	36 ans	18.1 jours
Divisions spécialisées		
Alcoologie (1)	43 ans	4.5 jours
Développement mental (2)	26 ans	94.8 jours

(*) Il s'agit du nombre moyen de jours de traitement, c'est à dire du nombre de fois où le patient est venu en traitement durant l'année.
(1) Il s'agit d'un dispositif thérapeutique de crise permettant une prise en soins diurne.
(2) Le centre de jour "Les Cerisiers" accueillant quelques patients uniquement durant la journée, assure une prise en charge éducative.

Commentaires

Des différences au niveau des pratiques apparaissent à la lecture de ces tableaux.

Que dire des consultations? A l'Hôpital cantonal, elles se déroulent dans un laps de temps très court car il s'agit d'orienter le patient. A la Clinique de psychiatrie infantile, elles ont généralement lieu dans une période limitée de trois mois environ, alors qu'au sein des secteurs de psychiatrie adulte, elles s'étalent parfois sur l'année.

Autre constat: la durée de la prise en soins varie passablement d'un centre de thérapies brèves à un autre. Ces chiffres doivent être mis en corrélation avec le nombre des consultations et celui des hospitalisations. Ainsi, le secteur Jonction qui a la durée moyenne de séjour la plus courte en psychiatrie adulte, a-t-il tendance à avoir plus souvent recours au centre de thérapies brèves.

L'activité hospitalière en chiffres

Jusqu'à présent, l'activité hospitalière était essentiellement mesurée selon le calcul statistique établi par la VESKA. Baisse du nombre de lits (347 en 1993 contre 365 en 1987) et diminution de la durée moyenne de séjour (44 jours en 1993 contre 58 en 1987) constituent les principaux indicateurs.

Depuis janvier 1993, le nouveau système informatique PHILOS permet d'obtenir une information sur les séjours multiples. Ces chiffres sont différents de ceux obtenus par le calcul de la VESKA et devront être comparés d'un exercice à l'autre.

Statistiques établies sur les patients sortis en 1993

	Psy adulte (1)	DTP (2)	UIS (3)	DPDM (4)	Psy gér. (5)	Total
Journées d'hospitalisation	34'671	1'976	4'771	8'683	65'541	115'652
Nombre d'entrées	1'737	178	90	27	280	2'312
Durée moyenne du séjour (*)	19	10	62	250	268	53
Nombre de lits	100	6	15	31	195	347
Taux d'occupation (en %)	95	90	87	77	92	91
Age moyen des patients à l'entrée	37 ans	27 ans	47 ans	30 ans	76 ans	
Répartition H/F (en %)	47/53	58/42	22/78	67/33	37/63	47/53
Entrées volontaires/non volont. (en %)	35/65	100/0	90/10	21/79	26/74	38/62

(*) Durée moyenne des séjours pour les patients sortis dans l'année.
(1) Psy adulte: hospitalisations de patients adultes dans les trois secteurs géographiques Eaux Vives, Jonction et Pâquis.
(2) DTP : Division pour toxicodépendants (Villa "Les Crêts").
(3) UIS : Unité d'investigation et de soins accueillant des patients dépressifs ("Les Tilleuls").
(4) DPDM : Division de psychiatrie du développement mental.
(5) Psy gér.: hospitalisations, dès 62 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes, à la Clinique de psychiatrie gériatrique.

Commentaires

L'âge moyen des patients hospitalisés est quasi identique à celui des patients reçus dans les structures extra-hospitalières, sauf en psychiatrie gériatrique. La répartition entre les sexes ou le mode d'admission est très variable.

Relevons que trois quarts des patients ont effectué un seul séjour hospitalier dans l'année et que seuls 5% ont été réhospitalisés trois fois ou plus.

Mouvement des patients d'après les sorties

	Hommes	Femmes	Total
Entrées	1'086	1'226	2'312
Sorties			
- sorties	1'058	1'215	2'273
- décès	21	18	39
Absences			
- congés	761	1'912	2'673
- fugues	178	110	288

Nombre d'entrées par patient (T=1566 patients)

	1	2	3	4	5	>5
Hommes	557	113	53	13	6	9
Femmes	600	133	45	15	7	15
Total	1157	246	98	28	13	24

SENADO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ARQUIVO

TERMO DE ARQUIVAMENTO Projeto de Lei da Câmara - nº 08 / 1991

Contém este processo 695 folhas numeradas e rubricadas nos termos do art. 172, do Regulamento Administrativo, estando o mesmo com sua tramitação concluída.

Subsecretaria de Arquivo, 31 de maio de 2001

Está classificado e fichado. Encaminho-o ao funcionário informante.

Subsecretaria de Arquivo,..... de ..... de .....

Confere. Submeto o presente processo à consideração do Sr. Diretor, com as fichas inclusas, devidamente datilografadas.

Subsecretaria de Arquivo, 04 de junho de 2001

Antonio Alberto de Arnaldo
Chefe de Serviço de
Proposições e Publicações

Arquive-se.

Em 05 / 06 / 2001

DIRETOR
Francisco Mauricio da Noa
Diretor da Subsecretaria de Arquivo