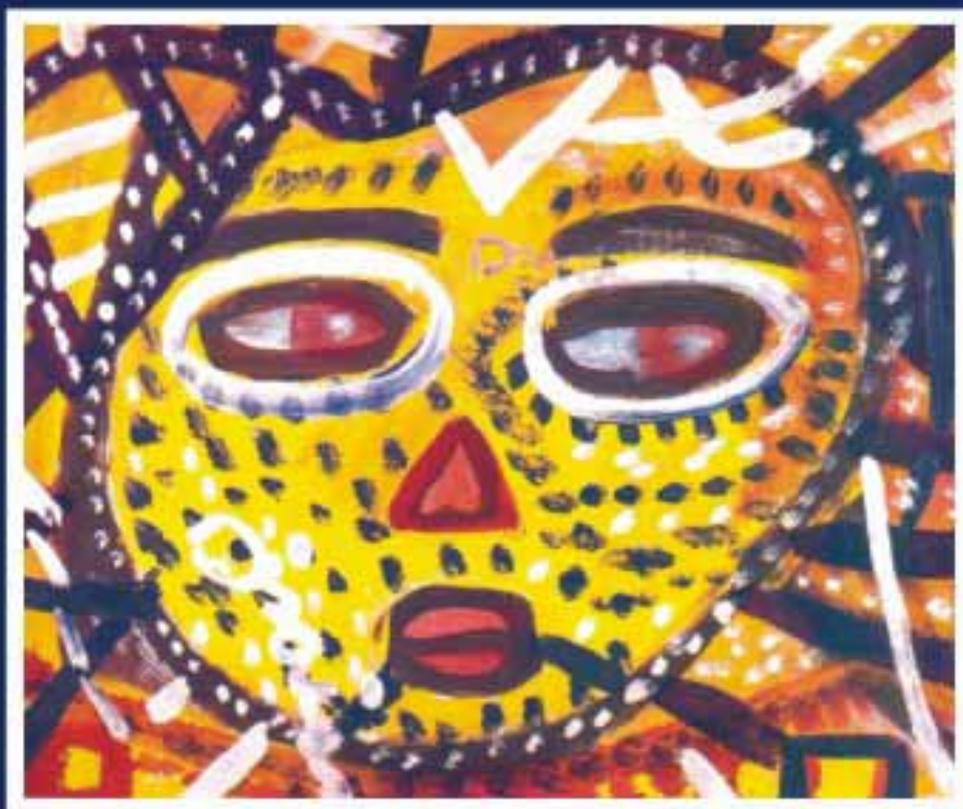
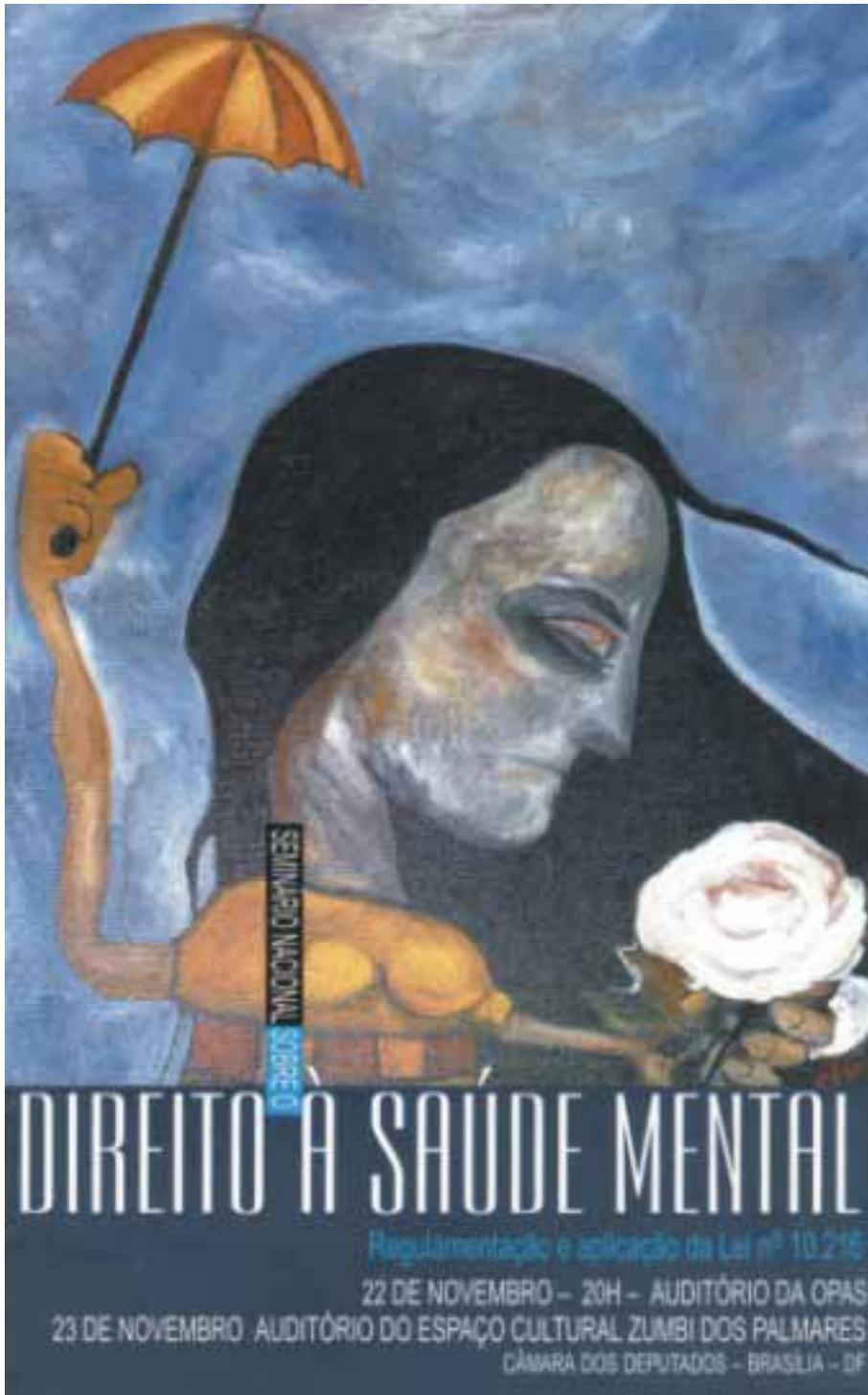


# cidadania

## OUTROS OLHARES



Humanização do tratamento psiquiátrico no Brasil:  
a importância da Lei 10.216, de Paulo Delgado



SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE O DEBATE

# DIREITO A SAÚDE MENTAL

Regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216

22 DE NOVEMBRO – 20H – AUDITÓRIO DA OPAS

23 DE NOVEMBRO AUDITÓRIO DO ESPAÇO CULTURAL ZUMBI DOS PALMARES

CÂMARA DOS DEPUTADOS – BRASÍLIA – DF

## Índice

- **Abaixo a barbárie** 2
- **Em defesa da saúde** 4
- **O desafio da reforma** 5
- **1934 / 2001** 13
- **Asilo à razão** 14
- **Cronicário de mandarins** 15
- **Mundo dos loucos** 16
- **Pacientes Psiquiátricos** 17
- **Lei determina dignidade a paciente mental** 18
- **De Pínel a Paulo Delgado** 21
- **Pró-cidadania** 23
- **Cooperativas sociais** 24
- **Derrubamos a lei de ferro da doença mental** 25
- **No litoral do vasto mundo** 27
- **Lei nº 10.216** 33
- **As leis e os costumes vos concedem o direito de medir o espírito** 35
- **Verdades e mentiras em saúde mental** 36

## Aprovada a Lei da reforma psiquiátrica

**“Movimento Nacional da Luta Antimanicomial é o grande vitorioso”**

Paulo Delgado

O deputado Paulo Delgado atribuiu ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial a razão da vitória da Lei Nº 10.216 no Congresso Nacional. Organização não governamental que atua a favor da reforma psiquiátrica brasileira há mais de 20 anos, não deu sossego aos deputados federais e aos senadores brasileiros nos últimos 12 anos. Pressionando o Ministério da Saúde, o Congresso Nacional e os hospitais psiquiátricos, a luta antimanicomial “desconstruiu a lógica da internação no senso comum brasileiro e preparou a sociedade para receber as pessoas com transtornos mentais como cidadão com direitos”. Na aprovação da Lei no Congresso Nacional, o deputado Paulo Delgado homenageou o Movimento da Luta Antimanicomial como os verdadeiros autores da lei sancionada e concluiu: “Conseguimos menos do que pretendia o projeto original, porém, mais do que supunha a indústria da loucura que explora pacientes em manicômios.”



Campanha Mundial da OMS

## Abaixo a barbárie!

Corpos estendidos no chão frio de cimento. Amontoados. Rostos descarnados, envelhecidos, embotados. Olhares vazios. Memórias e consciências ausentes, perdidas em algum recanto obscuro da mente. Restos humanos. Apenas vestígios. As imagens chocantes de pacientes psiquiátricos flagrados em pleno abandono nos pavilhões, corredores e quartos de manicômios brasileiros estarreceram o país nas décadas de 70 e 80, quando a imprensa começou a revelar a barbaridade por trás dos muros daquelas solenes instituições.

Corpos e almas mutilados por um “tratamento” baseado na corrupção violenta da afetividade, da personalidade, da identidade e da saúde física dos internos. Choques elétricos, sedação, camisas-de-força, overdose de antipsicóticos de efeitos irreversíveis,

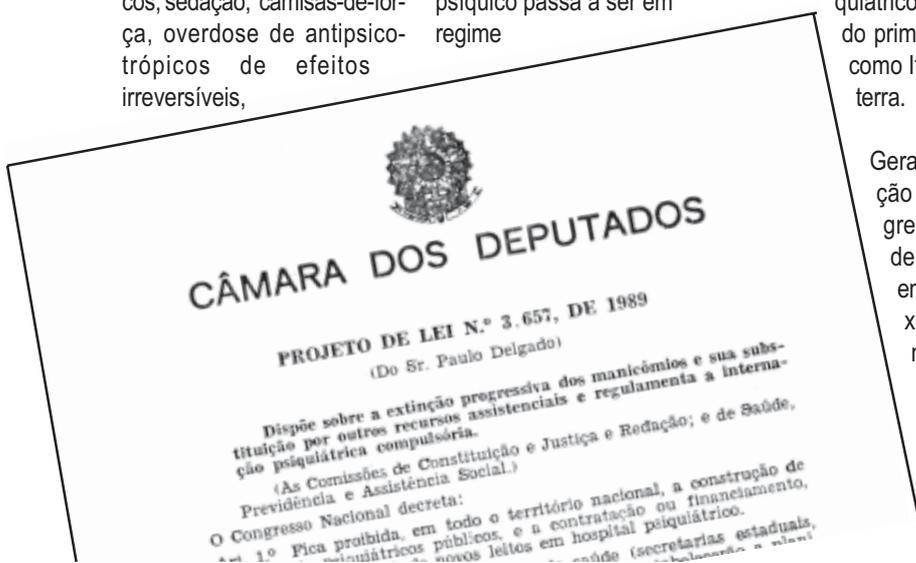
encarceramento, abusos. O horror, comparável, mantidas as proporções, a um cenário de holocausto, denunciou a verdade sobre os “campos de concentração” brasileiros. E havia mais: as internações silenciosas, noturnas, verdadeiros seqüestros que confinavam os indesejados, os inconvenientes, os diferentes, os miseráveis, sem qualquer direito de defesa. Uma vez no interior das muralhas, vidas esquecidas, desprezadas. Nenhuma esperança.

Mas agora pode-se dizer: nunca mais as fortalezas. Abaixo os muros, as celas, o claustro. Com a aprovação e a sanção da lei da reforma psiquiátrica, de autoria do deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), o atendimento às pessoas vítimas de sofrimento psíquico passa a ser em regime

aberto, privilegiando a reinserção social do doente. Foram 12 anos de muita polêmica e debates. Finalmente, um modelo de tratamento digno dos novos tempos, com a mentalidade solidária e sem preconceitos que deve prevalecer no século XXI. Cai uma instituição do século XVIII!

O véu sobre a violência institucionalizada começou a ser descortinado com o movimento de luta antimanicomial, que, no final da década de 80, levantou a discussão sobre a impossibilidade de recuperação num ambiente de exclusão e violência. A organização do movimento ecoava a mobilização que, no auge dos terremotos sociais que marcaram os anos 60 e 70, na Europa e nos Estados Unidos, levou a mudanças no sistema de atendimento psiquiátrico nos países do primeiro mundo, como Itália e Inglaterra.

Em Minas Gerais, a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, trouxe à tona denúncias de violência nas instituições manicomi-



ais do Estado, reforçadas pelas presenças de Franco Basaglia, o autor da reforma psiquiátrica da Itália, e de Foucault e Castel. Em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que discutiu novas políticas assistenciais e a necessidade de uma nova legislação psiquiátrica no Brasil. Nesse mesmo ano, no Encontro de Bauru, trabalhadores de saúde mental propuseram princípios teóricos e éticos de assistência e lançaram o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse encontro também foi estabelecido o 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Pouco depois, em setembro de 1989, o deputado federal Paulo Delgado transformava-se no catalisador das discussões do movimento, ao apresentar o projeto 3657, de reforma psiquiátrica, que previa a extinção dos manicômios e a desospitalização progressiva dos portadores de transtornos mentais. Não foi uma luta fácil. Desconstruir todo um sistema vetusto, antiquado, alicerçado sobre uma psiquiatria ultrapassada e sobre uma sociedade preconceituosa, foi o mesmo que travar uma batalha heróica de um Davi contra Golias, de um Quixote contra os moinhos da indústria da loucura.

O projeto ficou sob o fogo cruzado entre os que o apoiavam e os que o criticavam. Médicos se pronunciaram contra a “idéia absurda” de abrir as por-

tas dos hospícios. Paulo Delgado e os líderes da luta antimanicomial foram acusados de teses antipsiquiátricas e esquerdistas que “desprezam os componentes biológicos da doença mental”. O lobby dos hospitais tentou impedir a aprovação do projeto. Porta-vozes do catastrofismo correram a proclamar o perigo de se abrir os portões dos hospícios e lançar os loucos às ruas - uma ameaça para a sociedade!

Mas a polêmica teve o mérito de provocar uma discussão ampla da proposta entre os diferentes segmentos interessados, além de despertar a sociedade para um caminho sem volta, irreversível. O projeto foi discutido em todos os detalhes, e as dúvidas, esclarecidas. Muitas

**“Uma coisa é certa: finalmente tem-se a esperança e os meios de se colocar um ponto final às fábricas de loucura.”**

vozes se levantaram para apoiar a proposta: entidades dos profissionais da área, usuários, familiares, vítimas. Venceu o bom

senso. Antes mesmo que a proposta de lei federal fosse aprovada, vários estados brasileiros inspiraram-se nos princípios do projeto e realizaram suas próprias reformas.

A sanção da lei, no entanto, é apenas o primeiro - grande e decisivo - passo rumo à humanização da assistência ao portador de sofrimento mental, e, marca o ingresso da sociedade em um processo que também tem seus próprios desafios. Pois é preciso construir toda uma estrutura e uma mentalidade que viabilize o novo modelo, através de organismos de atendimento psiquiátrico nos hospitais gerais e nos postos comunitários de saúde, e da criação de núcleos e centros, além de planos de atenção às famílias dos pacientes.

Uma coisa é certa: finalmente tem-se a esperança e os meios de se colocar um ponto final às fábricas de loucura. Os hospitais psiquiátricos e os manicômios começam a ser um triste capítulo do passado na história da psiquiatria. Uma página que deve ser virada, mas nunca esquecida, para que não se repitam os erros. Que as vítimas da violência, do abandono, do silêncio e dos abusos cometidos em nome da “sanidade” extra-muros não tenham sucumbido em vão. Que as celas-fortes e as camisas-de-força sejam, para sempre, peças de um lamentável, melancólico mas educativo museu, o museu da barbárie.

## Em defesa da saúde

Professor e sociólogo pela UFJF, com mestrado em Ciência Política pela UFMG, Paulo Delgado é deputado federal pelo PT de Minas Gerais há quatro legislaturas. Membro da Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional, é vice-líder do Partido na Câmara. Autor da Lei 10.216, a lei da reforma psiquiátrica, e defensor de políticas de inclusão social, é também autor da Lei das Cooperativas Sociais, que visa a integração ao mercado de trabalho de pessoas em desvantagem. Membro fundador do Instituto Franco Basaglia, do Rio de Janeiro. Paulo Delgado recebeu, em 1999, o prêmio "PI" do Ministério da Saúde e do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Em 2000, recebeu dos Conselhos de Psicologia do Brasil o Troféu Paulo Freire de Compromisso Social pela sua luta em prol da diminuição do sofrimento humano. "Paulo Delgado" é o nome de uma Associação de Usuários, Familiares e Profissionais da Área de Saúde Mental de Taubaté, SP. Como paraninfo e patrono, é nome de diversas turmas de formandos da área de saúde da universidade brasileira. Paulo Delgado representou a Câmara dos Deputados em Conferências Internacionais de Saúde e Direitos Humanos e participou de congressos e seminários sobre reforma psiquiátrica e política nacional de saúde mental.

**Projeto 3657, de 12 de setembro de 1989, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios...**

**"Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina"** - Caracas, Venezuela, 1990

**"I Conferência Internacional das Associações de Familiares e Usuários dos Serviços de Saúde Mental"** - Roma, Itália, 1991

**"A democratização em Rio Negro - Saúde Mental"** - Argentina, outubro de 1992

**"Encontro Nacional de Psicologia Social"** - Itajaí, Santa Catarina, 1993

**Paraninfo** de todas as turmas de formandos da Universidade Federal de Viçosa, 1994

**"XIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria e VIII Congresso Mineiro de Psiquiatria"** - Belo Horizonte, 1996

Seminário **"A loucura, exclusão no direito"** - UFJF - Juiz de Fora, agosto de 1997

**"1st Trieste International Meeting for Mental Wealth"** - Trieste, Itália, outubro de 1998

**"IV Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial - Novas formas de produção de sentido"** - Alagoas, setembro de 1999

**"3º Seminário Internacional sobre as Toxicomanias - Desafios da Pós-Modernidade: diversidades e perspectivas"** - Rio de Janeiro, julho de 2000

**"1ª Caravana Nacional de Direitos Humanos - Uma Mostra da Reforma Manicomial Brasileira"** - junho de 2000

**"Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim"** - Belo Horizonte, junho de 2001

**"1ª Mostra Nacional de Práticas em Psicologia e Compromisso Social"** - São Paulo, outubro de 2001

**"Tribunal dos crimes da paz - O hospital psiquiátrico no banco dos réus"** - III Conferência Nacional de Saúde Mental - Brasília, dezembro de 2001

**"Seminário sobre o Direito à Saúde Mental - Regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216"** - Brasília, novembro de 2001

# O desafio da reforma

Os princípios que norteiam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico

Boa tarde a todos, senhoras e senhores\*

Primeiro agradeço ao meu colega deputado Eduardo Jorge, secretário municipal de saúde da prefeitura de São Paulo, pelo convite e pela oportunidade de vir aqui falar para os senhores e as senhoras a respeito da reorientação do modelo assistencial brasileiro em saúde mental. Gostaria de dizer a todos que me situo nesse debate sobre a reforma psiquiátrica brasileira do ponto de vista de um representante de uma parte da população do Estado de Minas Gerais, pelo meu partido, o Partido dos Trabalhadores. Vejo esta questão pelo lado mais amplo que é o dos direitos humanos das pessoas portadoras de sofrimento mental. Não sou técnico, psiquiatra, psicólogo, psicanalista, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem, gestor. Sou candidato a paciente e, enlouquecido, quero ser tratado no serviço aberto.

É essa a posição que

me fez aceitar apresentar o projeto de lei, há 12 anos, quando procurado, em Juiz de Fora, pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, uma organização civil da área de saúde e direitos humanos - que já naquela época e há mais de 20 anos, luta pela reorientação e a redefinição do modelo psiquiátrico no Brasil. Ali fui informado que a impiedade do tratamento de pacientes com transtorno mental estava baseada numa legislação dos anos 30 - 1934 - e que refletia, quando foi criada, o nível e o grau de compreensão que a medicina mundial e a maioria dos profissionais da área de saúde entendiam ser o modelo de atenção possível a ser oferecido - e como se revelou - imposto aos doentes mentais no mundo todo.

Não havia ainda nas Nações Unidas e sua Organização Mundial de Saúde uma compreensão e um consenso sobre o novo tratamento, nem mesmo sobre direitos de doentes mentais, pontos essen-



ciais que iniciaram o debate mundial pela reforma psiquiátrica. Muito embora, aqui no Brasil, justiça seja feita, desde os anos 50, já havia uma experiência no Rio de Janeiro, no bairro de Botafogo, a Casa das Palmeiras, liderada por uma psicanalista brasileira, doutora Nise da Silveira, a quem presto uma homenagem nessa conferência. Doutora Nise foi uma

pioneira na América Latina. Primeira profissional a entender que o sofrimento humano, a doença mental podia ser observada por um olhar que ultrapassava o diagnóstico médico e a mera intervenção daquela clínica. Não a considerava única, suficiente e capaz de compreender toda a complexidade da loucura e da doença mental.

A extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação compulsória e dando outras providências na área dos recursos públicos é a primeira lei de desospitalização e desmanicomialização em discussão no parlamento latino-americano. Essa lei tramitou 12 anos no Congresso Nacional - dois anos na Câmara inicialmente, oito anos no Senado e dois anos posteriormente na Câmara dos Deputados. A sanção desta lei, no dia 6 de abril, véspera do dia mundial de saúde mental, é uma homenagem, especialmente aos doentes e a seus familiares, e uma conquista do movimento nacional da luta antimanicomial.

Essa organização, durante 12 anos no Congresso Nacional, conseguiu aumentar

progressivamente o apoio à lei, dentro e fora do parlamento, vencer resistência de inúmeros ministros da saúde e relatores nas duas casas do Congresso. Digo isso para historiar um pouco e mostrar que derrubar a lei de ferro da doença mental, a lei de 34, não foi e não é tarefa muito fácil ou exclusivamente de legisladores.

---

**A lei da saúde mental é uma lei que, segundo dados da OMS, poderia abranger, no Brasil esse ano, 13 milhões de usuários de serviços psiquiátricos ou de remédios da área da psiquiatria**

---

Ela é uma lei social, talvez de todas as leis médicas brasileiras, a mais ampla e que envolve o maior número de pessoas na sociedade - usuários, técnicos, críticos, adeptos, entusiastas e pessimistas - a lei da saúde mental, segundo dados da OMS, poderia abranger, no Brasil esse ano, 13 milhões de usuários de serviços psiquiátricos ou de remédios

da área da psiquiatria. Essa lei poderia beneficiar diretamente em torno de 600 mil brasileiros que, de uma forma ou de outra, nos últimos cinco anos, passaram por asilos brasileiros e que vivem ou viveram praticamente contrários ao que determina a Constituição do Brasil, prisão perpétua, sem processo, sem sentença.

Se compareço a qualquer serviço de medicina e não tenho perspectiva de cura, quebro uma perna, vou ao pronto socorro e dali não saio mais, não sou eu que estou doente, quem adocece é o hospital, é ele o doente e a doença. A idéia de que existem pessoas sem perspectiva de cura é uma impotência da medicina, do sistema sanitário, que propôs um fracasso na humanidade do sistema, incapaz de ter pelo menos compaixão. Um saber médico impiedoso aceita, no mínimo, ser regido pela lei de proteção aos animais, mais complacente com a vida.

Temos condições claras de substituir o modelo assistencial de saúde mental, mas não podemos perder a perspectiva histórica dessa lei. Quando no século XIX, na Inglaterra vitoriana, foram criadas as leis dos pobres, os doentes mentais foram os primeiros a

serem estigmatizados e nas naus dos insensatos jogados ao mar. Ali do lado, um pouco antes, na França da Revolução, a lei dos pobres, também a pretexto de protegê-los, discriminava os doentes mentais, mas buscou distingui-los. Foi um francês, Philippe Pinel, que imaginou a possibilidade de construir o acolhimento e um lugar de atenção ao doente mental. Nasceu o primeiro hospital especializado, protegendo os pacientes da impiedade e da legislação discriminatória da época, que não os via como nobres, burgueses, como cidadãos produtivos e nem mesmo sans-cullotes, encarcerando a folia. Nascido sob o regime de terror, o alienismo aboliu as correntes dos loucos, libertando-os nos hospícios. Alienado, estranho de si mesmo, mas capaz de ser tratado.

A primeira grande instituição psiquiátrica foi o manicômio, instituída com o objetivo de proteger pessoas do preconceito e da estigmatização. Essa idéia de um hospital fechado, murado, que encerra, estigmatiza, isola, 200 anos depois não tem razão de ser. Não tinha na época, na compreensão da época, mas era possível tanto quanto a esclava

vidão. A reforma psiquiátrica é de certa forma a abolição da escravidão do doente mental, seu fim como mercadoria de lucro dos hospitais fechados,

---

**“A primeira grande instituição psiquiátrica foi o manicômio, instituída com o objetivo de proteger pessoas do preconceito e da estigmatização. Essa idéia de um hospital fechado, murado, que encerra, estigmatiza, isola, 200 anos depois não tem razão de ser.”**

---

da exploração do sofrimento humano com objetivos mercadológicos. Mas é preciso, ao ter em conta a história dessa lei, considerar que procurar os asilos, no início do século, no nosso país, era uma forma também de procurar o direito de pensão. Ir ao manicômio abandonar seu paciente numa internação prolongada era lhe dar direito de pensão e de proteção. Assim compreendiam muitas das fa-

mílias que internavam, mas também muitos, por má fé, utilizavam o dispositivo psiquiátrico por razões não psiquiátricas. Quantas pessoas foram internadas para resolver conflitos familiares, problemas de herança, gravidez não querida, droga, álcool e outras formas de opressão que não podem ser resolvidas pela psiquiatria?

Hoje, no início do século XXI, numa cidade importante como SP, tem-se que levar em conta a história da reforma psiquiátrica no mundo, mas tem-se que principalmente levar em conta que nem todos os problemas humanos são psiquiatrizáveis ou psicologizáveis. Problemas humanos são problemas a serem resolvidos, e não contornados pela psiquiatria, em substituição a políticas públicas de inclusão social. Temos que, ao lutar pela humanização do tratamento do doente mental, evitar a psiquiatrização dos conflitos sociais, que podem nos levar todos a tratamento psiquiátrico sem necessidade. A idéia de que pela psiquiatria, psicologia ou pela intervenção médica e técnica pode-se resolver problemas sociais é uma idéia equivocada de uma parte da reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica não produz lei médico-social para competir com a prerrogativa das organizações e instituições de caráter social. Ela contém um forte sentido cultural, mas é essencialmente uma reforma que tem que ter sustentação técnica, sustentação médica, sustentação na história e na evolução da medicina compreendida socialmente.

---

**A psiquiatria não foi feita para recalcar a personalidade e suas manifestações múltiplas, transformando-as em sintomas de loucura. Não podemos enlouquecer todos com a psiquiatrização de seus conflitos e das dificuldades**

---

Do contrário, a reforma psiquiátrica provocará mais loucura ainda, porque, os senhores e as senhoras sabem, a loucura se tornou doença mental há menos de 200 anos. Até 200 anos atrás a loucura não era doença mental, era insensatez cultural, religiosa, social, pessoal. A estratégia de

transformar toda forma de desequilíbrio em doença mental, toda forma de ruptura do equilíbrio psicológico em doença é uma estratégia com forte componente farmacológico, quimioterápico, hospitalocêntrico. Nós não podemos com o tratamento apaziguar a sociedade, recalçando a verdadeira personalidade de homens e mulheres diferentes. A psiquiatria não foi feita para recalcar a personalidade e suas manifestações múltiplas, transformando-as em sintomas de loucura. Não podemos enlouquecer todos com a psiquiatrização de seus conflitos e das dificuldades. Da mesma maneira, fazer o discurso da excelência do avanço médico e do avanço técnico não é integrar-se ao saber médico, desintegrando-se a si mesmo diante do saber médico.

A doença mental precisa de dois valores fundamentais que são a base da reforma psiquiátrica: o primeiro deles é a escuta do sofrimento. Quem não gostar de doente mental não tem condições de trabalhar na área. A doença mental é, talvez, das áreas médicas a que mais exige solidariedade humana, desprendimento, destemor, capacidade de absorção, de produção e de sentimentos de cooperação e de

integração social. Os doentes mentais querem aquilo que a oftalmologia me deu, que são esses óculos para compensar um pouco a miopia e vê-los melhor, aquilo que a cadeira de rodas possibilitou ao deficiente físico. Este quer programas de integração social. Abaixem as calçadas que eu subo com a

---

**A doença mental é, talvez, das áreas médicas a que mais exige solidariedade humana, destemor, capacidade de absorção, de produção e de sentimentos de cooperação e de integração social**

---

minha cadeira. Me dê uma muleta que ela é a extensão da minha perna. Me tratem bem, não importa que eu seja louco.

Essa é a idéia essencial da reforma psiquiátrica: construir um centro de gravidade baseado no paciente, e aí a reforma se faz pela transferência de recursos da área, hoje predominantemente privada ainda em quase 90% dos

recursos nos mega-asilos e no sistema manicomial, e transferi-los para o sistema aberto. Não há necessidade mais de amaldiçoar o sistema manicomial. Ele faz parte da história. Temos é que fazer a lei entrar em vigor e exigir que os governos federal, estadual e municipal transfiram os recursos do sistema fechado para o sistema aberto.

É preciso construir um novo modelo de AIH. A Autorização de Internação Hospitalar tem que se transformar progressivamente em Autorização de Internação Domiciliar. Os recursos têm que sair do hospital e partir para o paciente. Essa transferência é que é a reforma do ponto de vista orçamentário. Neste período de transição, afirmada por conferências como essa - a nacional, que vai se realizar em dezembro, e a conferência de regulamentação da lei, em novembro, no Congresso Nacional. É bom que se diga aqui que o Ministério da Saúde entendeu que a regulamentação de uma lei é metade de uma lei no nosso país. Muitas vezes se regulamenta uma lei contra o espírito original de uma lei. O Ministério entendeu, pela sua coordenação de saúde mental, que a regulamentação des-

sa lei será feita junto com aqueles que ajudaram a elaborar a lei - com a sociedade, as organizações sociais e o Parlamento.

A reforma psiquiátrica é uma transição. O velho não predomina; o novo ainda não domina. Nessa luta entre o domínio e predomínio, que é o conceito clássico de transição para afirmar o que deve predominar, temos que levar em conta algumas coisas. A primeira delas é que a reforma

**A reforma tem que conquistar pessoas. Uma lei imperativa, vertical, imperial como uma ordenação ibérica é uma lei que está fadada ao fracasso na área da saúde mental**

tem que ter um sentido mais diretivo do que imperativo. A reforma tem que conquistar pessoas. Uma lei imperativa, vertical, imperial como uma ordenação ibérica é uma lei que está fadada ao fracasso na área da saúde mental, porque

o sofrimento de uma família com seu paciente é tão digno quanto o de um técnico honrado com a demora da reforma.

O medo da reforma por parte de muitos familiares é um sentimento legítimo, e nós temos que conquistar a família para a mudança. Da mesma maneira, essa lei tem que ter um outro sentido: tem que fazer com que as pessoas levem em conta que o processo de integração do cidadão, das várias partes do corpo multifacetado e mutilado de um cidadão doente, especialmente na área da doença mental, é uma produção histórica que não nasceu na hora da ruptura do equilíbrio psicológico da pessoa. Essa produção histórica - me arrisco a dizer aqui no meio de técnicos da área de saúde da competência dos senhores e senhoras - temo pensar que tenha origem em Louis Pasteur. Ele não imaginava que, quando isolou a bactéria, produzindo a vacina, que a sua descoberta - um avanço para a medicina - ia produzir uma ruptura entre o corpo e a alma das pessoas, que a medicina biológica elevou a pensamento único, consagrando mitos da filosofia dualista.

A idéia de que um agente externo invade o teu

corpo e te adocece foi um grande avanço na história da medicina, mas na história da psiquiatria essa conquista de Pasteur produziu um desequilíbrio que muitos psiquiatras e escolas de

**Não se pode imaginar que seja possível formar um psiquiatra hoje nas escolas de medicina brasileiras sem se estudar o movimento nacional da luta antimanicomial**

medicina não se dão conta. Não é por outro motivo que a medicina brasileira, sem exceção, começa seus cursos para jovens entusiastas do saber médico com as aulas de anatomia, quando deveria começar com obstetrícia, ginecologia e puericultura. É pelo nascimento que a vida começa e não pela morte. Não é dividindo o corpo que você ensina uma pessoa a reunificá-lo. Não é pela anatomia que se faz o corpo encontrar seu sentido filosoficamente indivisível.

O remédio é importante mas não é tudo. A medicina psiquiátrica tem que se dar

conta, a partir das universidades brasileiras, da existência da psiquiatria democrática. Tem que se estudar Basaglia, Foucault, Lang e outros grandes teóricos da medicina psiquiátrica no mundo. Não se pode imaginar que seja possível formar um profissional hoje nas escolas de medicina brasileiras sem se estudar o movimento nacional da luta antimanicomial.

Esta é uma luta que nós precisamos de aliados, e São Paulo que tem excesso de força em tudo podia colocar um pouco dessa força excessiva - e peço aos senhores que relevem o que digo porque sou de Minas Gerais - na luta para iluminar os aparelhos das escolas de psiquiatria brasileira, especialmente da psiquiatria da USP, uma psiquiatria conservadora, que não quer se abrir ao novo, que é antimanicomial na Inglaterra - e manicomial no Brasil. Ouçam a conferência e nos ajudem a mudar a psiquiatria brasileira. A reforma é inevitável.

O outro aspecto dessa lei é que ela não se fará exclusivamente pela escuta do sofrimento, criando condições técnicas, orçamentárias, para que um profissional possa ouvir melhor seu paciente, conhecê-lo pelo nome, saber

a história de sua doença, de onde ele veio. É preciso também criar espaços protegidos, proteger o paciente psiquiátrico em serviços onde ele possa desenvolver toda a sua potencialidade. Mas não podemos manicomializar os Caps e os Naps, que são estruturas antimanicomiais. Não podem ser apropriadas pelo saber manicomial. É preciso educar os deseducados, desconstruir para reconstruir. Um aspecto essencial da reforma é um corolário seu, que já é lei nacional - a lei das cooperativas sociais. É preciso ampliar os espaços de cooperação e de ação dos agentes comunitários e também dos pacientes e dos seus familiares. Vamos

**É preciso também criar espaços protegidos, acolher o paciente psiquiátrico em serviços onde ele possa desenvolver toda a sua potencialidade**

desmanicomializar a vida e as relações sociais.

Por fim, mas não em último, cinco são na verdade os princípios que norteiam a reforma psiquiátrica. Esses cinco princípios são conhecidos desde os anos 80, quando produziu-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deu origem ao Sistema Único de Saúde de nosso país. Defender os princípios do SUS é defender a reforma psiquiátrica na sua melhor tradução. Primeiro deles, a universalidade do atendimento. Todos têm direito ao atendimento pleno. Nós temos que avançar para que o SUS seja realmente universal. Se aumentarmos a presença do Estado na oferta de serviços de saúde na verdade introduzimos na cabeça e no sentimento das pessoas o princípio de que o Estado presente realiza a sua tarefa ouvindo a força da sociedade. Serviço de saúde eficiente é também salário indireto. Quem presta bom serviço de saúde, na verdade está remunerando melhor um pouco o seu povo.

O segundo princípio é a equanimidade, a idéia da justiça. Não podemos estigmatizar, deixar de fora ninguém que por algum motivo não esteja a nosso alcance. Em terceiro, a descentralização - um princípio caro às reformas italiana e francesa e até a uma parte da

reforma dos Estados Unidos. Evitar a desterritorialização do paciente. Temos que acabar com as ambulâncias psiquiátricas de um município a outro, um bairro a outro, carregando o paciente para longe de sua vida. A reforma psiquiátrica tem que ter serviços descentralizados cada vez mais perto das pessoas. Temos que ter, sim, alas psiquiátricas em hospital geral, portas de entrada universal, integração no programa de saúde da família.

**A reforma psiquiátrica tem que ter serviços descentralizados cada vez mais perto das pessoas. Temos que ter, sim, alas psiquiátricas em hospital geral, portas de entrada universal, integração no programa de saúde da família**

Muitos psiquiatras me dizem 'Paulo, se você colocar um doente mental num hospital geral você pode provocar um mal-estar. Ele vai assustar

os pacientes de outra área'. Pois eu digo a esses médicos 'Quem assusta mais, um louco em surto ou uma pessoa tendo um ataque cardíaco na sua frente?'. O cardíaco pode matar o louco de susto mais do que o surto mata o cardíaco do coração. Não devemos produzir estigmas. Essa idéia de doente mental de um lado e cardíaco do outro é uma estratégia da divisão do corpo humano que nós não devemos aceitar. Quem dividiu o corpo humano dividiu para lhe dar uma tradução monetária. Eu proponho que os senhores e senhoras comecem a discutir um outro conceito para a internação. A internação se transformou num conceito médico como forma de ser traduzida em horas-leito. Leito em psiquiatria é um conceito ineficaz. Precisa-se de espaço, de escuta, de outras formas de atenção. Trata-se de um tempo que não pode ser medido no relógio. A internação é um conceito pessoal. Quando num fim de semana você desliga o telefone de sua casa, você está internado em sua casa. Quando vai para uma praia, mesmo diante do mar, você está internado numa praia. A internação é um conceito de acolhimento, não é um conceito de remuneração. É um con-

ceito de proteção. Quem se acolhe, se acolhe para ser protegido e não para ser explorado.

O quarto princípio é a integralidade dos serviços e dos dispositivos para o paciente e suas necessidades. Da vacina ao transplante, do velho Haldol aos neurolepticos de última geração, têm que estar à disposição do paciente, para que ele crescentemente avance para o tratamento voluntário. Esse é o desafio da reforma: sair do tratamento compulsório, caminhar para o voluntário.

O quinto princípio é o controle social, não só da democracia participativa que os senhores praticam cotidianamente, mas o da democracia representativa. É preciso não amaldiçoar as formas de representação social que a democracia construiu. É preciso eleger representantes dos setores participativos mas não impedir a voz daqueles que se elegem representantes de outros setores que às vezes são hostis a nós e é importante dialogar com eles. A democracia é uma conquista na sua forma direta e na representativa.

Senhores e senhoras, termino dizendo o que eu aprendi na história dessa lei: em todas as decadências, seja so-

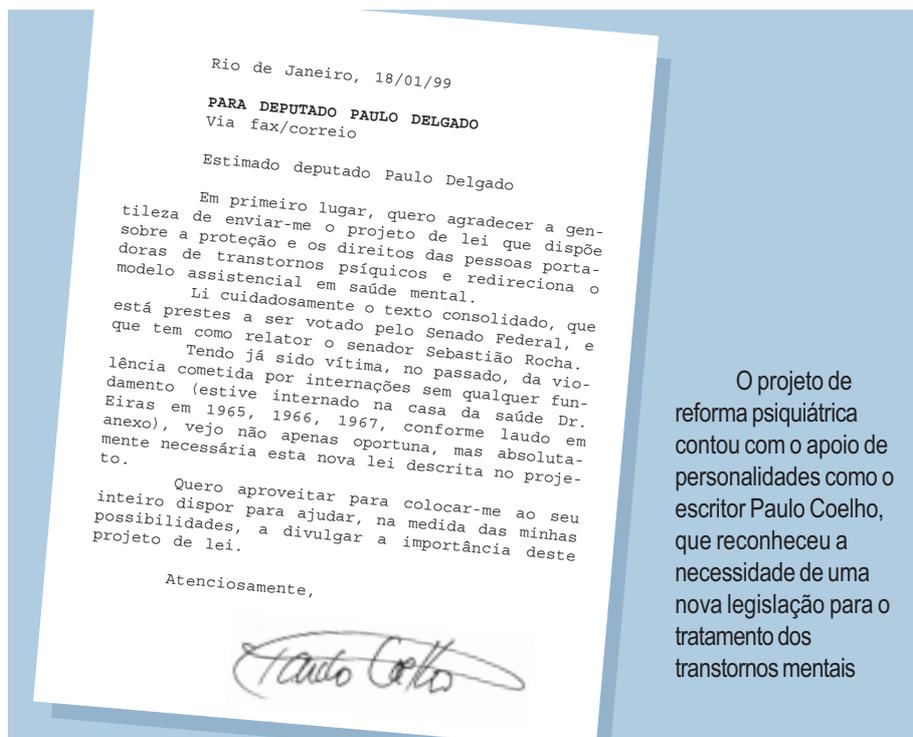
cial, econômica, política, afetiva, matrimonial, paternal, o primeiro sintoma que aparece é a degradação do sentimento de amizade. Não há decadência na história da humanidade ou das relações pessoais que não tenha começado pela degradação e pelo desaparecimento do sentimento de amizade, do respeito ao outro. O fim da solidariedade é o início da decadência das relações sociais. Por isso, não tenham dúvida, an-

**A grande consequência da reforma psiquiátrica é que, se nesses 200 anos de manicômio o psiquiatra ficou solto e o paciente ficou preso, com a reforma psiquiátrica implantada o que teremos é o paciente solto e o psiquiatra, preso - preso ao seu paciente, gostando dele, ajudando-o a conviver com sua loucura**

tes de acabar o amor entre as pessoas, acaba primeiro a amizade. Muitas vezes o sofrimento de quem ama é o fato de amar uma pessoa que não gosta mais dela como amigo. A reforma psiquiátrica necessária e verdadeira só será feita por profissionais que sejam relíquias - médicos, técnicos, enfermeiros, assistentes sociais que, relíquias da humanidade, tenham dedicação integral ao sofrimento dos outros e que vejam a dor do outro como se fosse a própria dor. A grande consequência da reforma psiquiátrica é que, se nesses 200 anos de manicômio o psiquiatra ficou solto e o paciente ficou preso, com a reforma implantada o paciente ficará solto e o psiquiatra, preso - preso ao seu paciente, gostando dele, ajudando-o a conviver com sua loucura.

E a tarefa dos senhores e senhoras é conquistar os incontestáveis para a reforma psiquiátrica. Será bom para todos. Um grande abraço e muito obrigado.

\* Palestra realizada na  
XI Conferência Municipal  
de Saúde de São Paulo  
05/11/2001



## 1934 / 2001

**E**m vários países, a reforma psiquiátrica aconteceu no âmbito de processos nacionais de redemocratização. Foi assim na Itália pós-fascismo e na Espanha depois de Franco. No Brasil não foi diferente. O movimento de luta antimanicomial se organiza no final da década de 70, o que coincide com a abertura política no país. Não é difícil entender a conexão, afinal, trata-se de uma questão de direito, de cidadania, de humanismo.

A Lei 10.216 – uma vitória desse movimento – vem substituir uma lei arcaica, ultrapassada e característica de tempos paternalistas e autoritários, a lei de 3 de julho de 1934, assinada por Getúlio Vargas, em pleno Estado Novo. Embora na época tenha sido resultado da primeira grande modernização psiquiátrica, a lei de 34, que vigorou por mais de 60 anos, dava direito à família e ao poder público de internar sem

autorização dos pacientes. Esta concessão arbitrária está na origem de vários abusos e irregularidades cometidas contra pessoas, internadas compulsoriamente sem qualquer direito de manifestação de vontade.

Além disso, a velha lei mostrava seu anacronismo por considerar o louco como uma pessoa perigosa e incapaz – conceito superado, em termos de diagnóstico, desde a década de 50.

## ASILO À RAZÃO



Randus Henrique Barbosa Ferreira - Associação Casa Viva

Com 12 anos de atraso, foi finalmente aprovado pelo Congresso o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG) que regula internações psiquiátricas. Há avanços importantes em relação à legislação anterior, que, em sua essência, data de 1934.

O novo diploma estabelece os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais e também limita e regula as internações psiquiátricas. Vale destacar que o projeto proíbe a internação em "instituições com características asilares", ou seja, os famosos "depósitos de loucos", nos quais a assistência integral ao doente mental é um pouco menos que uma ficção.

Também se estabelecem outras salvaguardas importan-

tes, como a necessidade de autorização médica para qualquer tipo de internação e a notificação compulsória do Ministério Público, em prazo de 72 horas, nos casos em que o internamento se dê contra a vontade do paciente. Vale lembrar que, no Brasil, o instituto da internação involuntária foi deturpado, tendo servido, por exemplo, para resolver litígios em torno de heranças e outras questões não-médicas.

Infelizmente, o Congresso não teve a coragem de se pular de vez a figura da internação involuntária. Em termos ideais, só se deve privar um cidadão de sua liberdade na ocorrência de flagrante delito ou mediante ordem judicial. Curiosamente, esse princípio básico da Constituição não vale para

aqueles sobre os quais pesa a suspeita de insanidade.

É também digno de nota o fato de que pesquisas científicas para fins de diagnóstico e terapia com doentes mentais dependerão de autorização do paciente ou do responsável legal, além de comunicação a conselho profissional competente e ao Conselho Nacional de Saúde.

Os importantes avanços consagrados na nova legislação não devem impedir que se procure melhorá-la ainda mais. A forma como uma sociedade trata de seus doentes mentais é uma boa medida do grau de civilidade de um país.

### OPINIÃO

Folha de São Paulo  
31/03/2001

## Cronicário de mandarins

Santa Geneveva, padroeira de Paris, enfrentou Átila, o flagelo de Deus. Morreu com quase 90 anos, venerada e querida. Nascida em Nanterre, tem sua história enterrada no bairro de Santa Teresa, ao ter seu nome associado ao consórcio Mansur-Spinola, o flagelo dos pobres. Mas esta história também é antiga e grave.

Sabiam os funcionários do antigo Inamps que, quando um processo estampava um carimbo de *urgente*, isto queria dizer que o pagamento de alguma clínica estava atrasado. A burocracia se agitava diante desse tipo de urgência, enquanto os donos de hospitais eram recebidos com solenidade pela presidência do órgão, que ficava na rua México, no Rio. Uma epidemia de meningite, digamos, tinha menos urgência. Afinal, o importante é o leito e o seu dono: a cama mortuária montada em morredouros oficiais concedidos e concebidos pelo modelo de política de saúde que ainda predomina na atenção psiquiátrica e geriátrica em nosso país.

Agora, o **Jornal do Brasil** nos informa que o dr. Spinola, dono da Santa Geneveva e de manicômios cariocas, indicou os dois últimos coordenadores de saúde mental do Rio de Janeiro. O

prédio do Inamps da rua México é, hoje, da Secretaria Estadual de Saúde, mas a cultura do que é *urgente* parece ter permanecido em seus corredores. Relações mercantis de compra e venda de leitos e serviços ainda regulam, regem e orientam as políticas públicas de saúde.

Não se consegue perceber independência e autonomia nas atitudes de grande parte dos dirigentes sanitários, do ministério ao município. Todos parecem cheios de dedos no trato com os mandarins do setor privado lucrativo, como no velho Inamps. Assim, o consórcio Mansur-Spinola montou uma verdadeira rede de cronificação da doença que, ramificada dentro das secretarias de saúde e do próprio ministério, impõe e mantém o modelo de tratamento - tratamento? - atual.

Não pode ser outra a explicação para que o Poder Público não tenha desapropriado por interesse público e assumido o controle da insultante concessionária das autorizações de internação hospitalar. Ou também, como entender que há quase um ano o consultor jurídico do Ministério da Saúde esteja assentado em cima do plano de apoio a desospitalização, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e que trata da implan-

tação do novo modelo e da nova política de atenção aos doentes crônicos? Ou ainda por que a reforma psiquiátrica nunca é aprovada no Congresso Nacional?

A tutela que os mandarins da rede privada exercem sobre os interesses da saúde pública, através da Federação e da Associação Brasileira de Hospitais, dirigidas pelo consórcio Mansur-Spinola, é tão escandalosa quanto os leitos-morte da Santa Geneveva.

A baixa taxa de respeito aos mais elementares direitos individuais, a incúria como regra na relação com os mais fracos, a subserviência do Estado às chantagens dos homens violentos, a frivolidade dos homens públicos, o baixo custo da vida entre nós fazem da morte programada de idosos, doentes mentais e pobres a normalidade da tragédia. Até o dia que, indiferente, o povo tenha a impressão de que junto adoeceram e morreram os poderes da União.

### Paulo Delgado

Artigo publicado no **Jornal do Brasil**, no dia 7 de junho de 1996, após a morte de 97 pacientes na Clínica Santa Geneveva, no Rio de Janeiro

## Mundo dos loucos

A Comissão de Direitos Humanos da Câmara, presidida pelo gaúcho Marcos Rolim, realiza caravanas de inspeção pelo Brasil, aproveitando os períodos de recesso parlamentar e os feriados prolongados. Já visitaram cadeias e penitenciárias, instituições que cuidam de policiais vítimas de violência, instituições para menores como as Febems e, ultimamente, hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais.

O deputado mais interessado no tratamento das doenças mentais é o mineiro Paulo Delgado, do PT. Militante do movimento de luta antimanicomial, que já existe em quase todos os estados, é autor do projeto de lei da reforma psiquiátrica, que rola há oito anos pelo Congresso, já tendo sido aprovado na Câmara, emendado pelo Senado e hoje dorme de volta na Comissão de Saúde da Câmara.

Paulo Delgado começou a se interessar pelo tratamento de doentes mentais quando era ainda estudante universitário, na década dos 70. Franco Basaglia, pioneiro do processo de desospitalização dos doentes mentais na Itália, veio ao Brasil. Paulo acompanhou-o, juntamente com o cineasta Helvécio Raton, nas suas visitas às instituições psi-

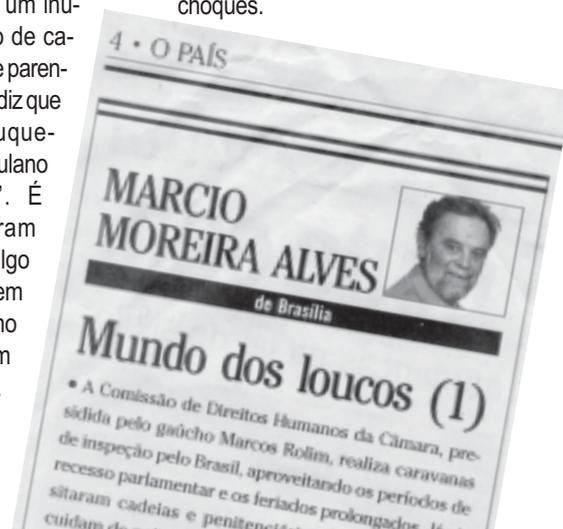
quiátricas. A documentação dessas visitas, feita por Helvécio, ficou registrada no filme "Em nome da razão", que ganhou vários prêmios, nacionais e internacionais.

A partir dessa experiência, Paulo tornou-se um especialista na evolução do tratamento de doentes mentais, visitando instituições no mundo inteiro, lendo mais sobre o assunto que muito psiquiatra e adquirindo até noções de medicação.

Se um dia eu entrar em surto, prefiro ser tratado pelo Paulo Delgado que por alguns dos carrascos que a caravana de deputados encontrou em clínicas de Goiás e da Bahia. Digo isso porque me contou o diamantinense Edgar da Mata Machado que, perto de Diamantina, há um distrito que passou muitos anos isolado, o que provocou um inusitado número de casamentos entre parentes. Lá, não se diz que Fulano enlouqueceu. Dizem: "Fulano declarou-se". É que consideram ser a loucura algo que todos trazem incubado, como um vírus que um dia se declara.

A luta

de Paulo Delgado não é só contra as condições subumanas com que os doentes mentais são tratados. É, ainda, pela criação de condições de atendimento ambulatorial, como acontece na Casa das Palmeiras, fundada por Nise da Silveira, pela criação de casas e pensões protegidas, onde possam ficar os doentes que perderam seus vínculos familiares, pela proibição de internamentos compulsórios, ordenados por um só médico, pela revisão periódica das ordens de internamento, pelo auxílio financeiro direto às famílias que recebam de volta os seus parentes, pelo controle da medicação dada aos doentes, especialmente os sedativos, pela proibição das operações de neurocirurgia que reduzem definitivamente os pacientes à vida vegetativa e pela proibição de eletrochoques.



Segundo Paulo Delgado, existem no Brasil 260 hospitais psiquiátricos, com 70 mil leitos, mais dois mil leitos em hospitais gerais. Os doentes mentais constituem o quarto maior gasto do Ministério da Saúde, depois dos cardíacos, dos partos e dos doentes pulmonares. São 470 milhões de reais por ano, sendo que apenas 30 milhões são destinados aos centros ambulatoriais, ficando o resto para pagar internações. Diz ele:

- Até entendo a atitude conservadora dos ministros. Temos 150 anos de experiência com internações hospitalares e poucas décadas de experiência com o tratamento ambulatorial. No entanto, é ele que a Organização Mundial de Saúde recomenda. Em Santos, quando Davi Capistrano era

secretário de Saúde no governo Telma de Souza, a Prefeitura desapropriou o hospital de psiquiatria José de Anchieta, que tinha uma desumana prática prisional, e abriu as suas portas. Deu incentivos para as famílias receberem seus doentes de volta, criou um programa em que os meninos de rua cuidavam de passear os internos, assim trocando afetos, e incentivou a criação da Rádio Tantã, numa emissora AM local, um programa todo feito pelos loucos que tinha um imenso sucesso. Os loucos até ganhavam um dinheiro como animadores das festas locais. Hoje, com o progresso da química, é muito fácil evitar que os doentes entrem em surto. Basta um antidepressivo como o Aldol, que a Fiocruz poderia produ-

zir a baixo custo. O que mais causa sofrimento aos doentes mentais é o preconceito, tanto médico como cultural. O Código Penal prevê a periculosidade dos doentes, quando os homicídios cometidos por loucos são menos de 1% do total do país. O Código Civil os considera permanentemente incapazes, eliminado, portanto, a possibilidade de cura. Arremata:

- A maior prova do preconceito é que as famílias pobres e os vizinhos chamam o Corpo de Bombeiros para remover os doentes em surto. São laçados como se fossem bichos.

**Marcio Moreira Alves**

O Globo  
19/12/2000

## Pacientes psiquiátricos

O deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), autor da lei que reorganiza a política de assistência aos pacientes psiquiátricos, sugeriu que as famílias desses doentes procurem informações junto às autoridades sanitárias sobre os critérios que devem ser cumpridos para a desospitalização, isto é, os que podem ser tratados sem isolamento. A lei nº 10.216, que o presiden-

te sancionou no dia 06/04/2001, ainda não foi regulamentada, mas seu autor acha que, a curto prazo, ela pode oferecer grandes benefícios e garante que as famílias terão influência decisiva nas decisões, inclusive para ajudar o médico psiquiatra a decidir sobre as internações. Delgado diz que a intenção da lei originada de seu projeto, que tramitou 12 anos no Con-

gresso, é humanizar o tratamento dado ao paciente. "A família e os médicos serão peça fundamental para o cumprimento dos novos dispositivos", advertiu. Hoje, no Brasil há 80 mil doentes crônicos, dos quais 20 mil não saem dos hospícios, o que os faz semelhantes aos condenados à prisão perpétua.

**Wilson Cid**

O TEMPO  
17/04/2001

# LEI DETERMINA DIGNIDADE A DOENTE MENTAL

**A Notícia - Como é que a lei vai ser implementada efetivamente?**

**Paulo Delgado:** Essa lei depende de uma regulamentação com sensibilidade e determinação, como deve ser toda a regulamentação de lei na área da Saúde. A primeira coisa que o ministério deve fazer é uma auditoria nas 80 mil internações brasileiras do momento e nos mais de 600 mil brasileiros que procuram regularmente serviço psiquiátrico. Feita a auditoria é preciso dizer o que é uma internação desnecessária e o que é uma alta desassistida. Não é só se preocupar com a internação arbitrária, abusiva ou desnecessária, mas principalmente, porque é uma lei de desconstrução, é uma lei de desospitalização, é com a alta não assistida, para que não haja abandono. Feito esse levantamento, é preciso que a regulamentação da lei determine que só haverá bloqueio de vaga no serviço fechado se houver uma vaga correspondente no serviço aberto. É preciso que haja para substituir o hospital fechado, o Centro de Atenção Psico-Social (CAPS), os núcleos, as pensões protegidas, os lares abrigados, o hospital-dia, o hospital noite, a

ala-psiquiátrica no hospital geral, a emergência psiquiátrica, o serviço psiquiátrico no posto de saúde da periferia. Outro ponto é a publicidade e a propaganda sobre as mudanças do modelo. Nós vamos desconstruir o manicômio e construir o modelo aberto. Você vai sair do modelo hospitalocêntrico, onde o hospital é o centro do sistema, e vamos transferir o modelo

**“O Ministério da Saúde tem que ter um sistema de vigilância sobre o tratamento que seja capaz de coibir os abusos contra os pacientes”**

para o paciente, em que ele é o centro do sistema. Essa transferência precisará desmontar dois preconceitos: de que o doente mental é perigoso e incapaz. Só através de um esclarecimento contínuo à população, nós poderemos tranquilizar o País de que o tratamento aberto do doente mental não oferece risco para ele, nem para a família, nem para a soci-



idade. É preciso também incorporar progressivamente no sistema novas formas de aumentar a vantagem dos que estão em desvantagem, que são os pacientes.

Hoje existe Autorização para Internação Hospitalar (AIH), mas nós temos que criar a autorização de internação domiciliar. Evoluir da AIH para uma AD, o que se paga ao hospital pode ser pago à família, hoje em torno de R\$ 24,00 por dia. Você criar para as famílias que queiram ficar com o paciente um plano de atenção à desospitalização. Uma outra estratégia de aplicação dessa lei é prever a revisão da sua aplicação diferenciadamente por região.

**AN - O senhor tem idéias de como seria em cada Estado?**

**Paulo Delgado -** Olha, hoje são 450 milhões por ano aplicados no sistema fechado. Menos de cinco milhões aplicados no sistema aberto. O Estado que mais consome é São Paulo, por ter a maior rede

manicomial brasileira, seguido pelo Rio de Janeiro. Depois é Minas Gerais, Pernambuco, Paraná, Bahia, Rio Grande do Sul e aí vai variando de maneira regressiva.

**AN - O senhor tem idéia de como é que seria a aplicação em Santa Catarina?**

**Paulo Delgado** - Em Santa Catarina existem os serviços abertos já sendo implantados. Porque essa lei teve o cuidado de se tornar regional no Brasil, antes de se tornar nacional, em Santa Catarina nós temos vários serviços abertos. Não é uma das situações mais graves do Brasil. Eu não conheço em detalhes a situação de Santa Catarina, mas não está entre os cinco Estados onde a reforma vai enfrentar, segundo eu penso, maior resistência.

**AN- Que tipos de resistências a lei pode enfrentar?**

**Paulo Delgado** - Há dois tipos de resistência à reforma. Uma cultural que é essa que eu disse que as pessoas terão que aprender a conviver com doentes mentais, ter um olhar sobre o doente mental diferente do que tem hoje. Da mesma maneira como se achava há alguns anos que o tuberculoso só se tratava com isolamento. Então é preciso mudar essa visão sobre o deficiente mental. Esse é um proble-

ma cultural de tradição. Outro problema que pode ser obstáculo à implantação da lei nos termos em que ela está organizada, são as sabotagens pela alta desassistida. São os hospitais abrindo as portas e abandonando-os e atribuindo isso à lei.

**AN- Como evitar o abuso dentro dos hospitais sobre as internações que restarem?**

**Paulo Delgado** - Essa auditoria vai identificar os vários casos de internações arbitrárias ou abusivas e a lei é muito clara no seu artigo primeiro, quando diz que o paciente se torna cidadão. Ele não pode

**“O doente mental não é um condenado à prisão perpétua”**

mais ser desrespeitado nos seus direitos individuais, direito à privacidade, direito à individualidade. A medicina não pode se reivindicar ciência se não há possibilidades terapêuticas. Se ela é um fracasso como terapia, ela não é medicina. O doente mental não é um condenado à prisão perpétua. Então, o Ministério da Saúde tem que ter um sistema de vigilância sobre o tratamento que seja capaz de coibir os abusos contra o paciente, quer dizer a imple-

mente da equipe técnica contra o paciente abandonado, desassistido, inseguro e infeliz no manicômio e também contra a recusa ao uso de recursos mais modernos de psiquiatria que hoje já existem no mundo.

**AN- Como é que deverão ser estes centros que restarem para fazer este atendimento às pessoas que devam ficar internadas?**

**Paulo Delgado** - Primeiro não poderá haver centros onde a perspectiva de alta seja nula. Da mesma maneira como uma pessoa quebra uma perna e coloca o gesso quer saber quando tira o gesso, o modelo manicomial brasileiro tem que destruir na cabeça dos médicos a idéia do doente como mercadoria à sua disposição. São precisos diagnósticos concorrentes permanentes, ou seja, o direito do paciente e do seu familiar e até do sistema de justiça do País, que vai ser acionado nesses casos de internações prolongadas sob suspeita. Até o momento em que o ministério determine a interdição de um determinado estabelecimento e a troca do paciente de médico e de tratamento. Nesse caso, se o governo identificar arbitrariedade de tratamento ou prolongamento de internação com objetivos mercantis, ele tem de descredenciar o estabelecimento e punir os proprietários.

**AN- E onde é que entram as secretarias estaduais e municipais de Saúde**

### nesse trabalho?

**Paulo Delgado** - Acho que o centro dessa lei é que a única possibilidade de ela ter sucesso é se tiver uma aplicação descentralizada. O ministério tem que transferir os recursos para as secretarias municipais, que é onde está o paciente, e tem que estimular a criação de serviços abertos. Essa lei visa também impedir consórcios psiquiátricos intermunicipais. Cada cidade vai ter que ter o seu serviço descentralizado e aberto.

**AN- Por um lado não pode ser bom que haja uma consórcio envolvendo municípios pequenos, uma vez que nem todos podem ter um centro e até para evitar duplicidade de serviços?**

**Paulo Delgado** - Eu acho que no caso da psiquiatria não. Eu sou a favor dos consórcios intermunicipais de saúde nas áreas de medicina mais complexa, para hospitais altamente especializados, mas na área de saúde mental está provado no mundo todo. AOMS não libera mais recursos para países na área de psiquiatria que tenha grandes hospitais especializados. Só para serviços abertos. Os casos mais graves você pode ter um ou dois leitos no NAPS (Núcleo de Atenção Psico-Social), ou num hospital-dia, hospital-noite, para paciente em surto que precise de uma permanência mais prolongada no serviço.

**AN - Santa Catarina tem um núcleo de psiquiatria que um grande centro que absorve praticamente todo o Estado. Esse então não é modelo certo?**

**Paulo Delgado** - Esse não é o modelo. Esse é o modelo hospitalocêntrico, que é baseado na desterritorialização. Você tira o paciente do seu território e aí você o adoece mais ainda.

**AN- Então os doentes que precisarem de internação vão ter que ficar no município? O município vai ter um centro?**

**Paulo Delgado** - Todo município terá. Hoje o Ministério da Saúde libera mais ou menos R\$ 15 mil por centro, que pode ser colocado dentro de um hospital geral ou de um pronto-socorro. Não precisa ser um micro-hospital psiquiátrico.

**AN-Como conscientizar as famílias desse novo papel no tratamento?**

**Paulo Delgado** - Isso vai depender muito da eficácia da lei. Evidente que as famílias vão acreditar se a lei se tornar eficaz e se os pacientes melhorarem. O Estado também terá que tranquilizar as famílias com campanhas publicitárias mostrando o lado positivo, criativo de um doente mental ressocializado. Nós temos várias oficinas terapêuticas no

Brasil onde os pacientes passaram a ser produtivos. E a sociedade progressivamente aceitando a convivência com pessoas diferentes é uma questão de cultura.

**AN- O senhor tem falado muito em hospital-dia. Santa Catarina está priorizando a implantação do hospital-dia. Essa vai ser uma forma adequada de atendimento dentro da lei?**

**Paulo Delgado** - Eu acredito que esse é o principal instrumento da nova lei, o hospital-dia e o hospital-noite, para que o paciente possa passar o dia e voltar para o convívio familiar, ou passar a noite quando a família precisar sair ou fazer alguma coisa. A partir daí, com os recursos do ministério se concentrando no paciente, eu tenho certeza de que nós vamos conseguir dar a ele uma perspectiva maior, senão de cura, mas de integração social com a doença. O remédio, hospital-dia e o serviço aberto vão ser exatamente o salvo conduto para a integração desse paciente na sociedade. Ali ele vai poder trabalhar, desenvolver as suas características pessoais e vai se tornando uma pessoa mais estável e mais conhecedora da sua própria doença.

#### A Notícia

Santa Catarina  
16/04/2001

## De Pinel a Paulo Delgado



Bispo do Rosario - Cama de Romeu e Julieta - Museu Bispo do Rosario/RJ

**H**olderlin, Althusser, Artaud, Van Gogh, Joyce, Bispo do Rosario e muito, muito mais gente - grifo, gente - gênios ou loucos? Interrogação que de tanta insistência e repetição quase se banaliza. Os deuses eram astronautas, e loucos certamente. Mas, as "gentes" loucas, sobretudo as gentes que não sulcram a história da humanidade com seus nomes, seja na filosofia, dramaturgia, artes plásticas, literatura, etc, essas "gentes" foram, certamente muito mais do que são,

alvo de segregação e conseqüente abandono. Seria demasiado dizer de uma espécie de dívida de toda a sociedade para essa "gente"?

Com o novo milênio, com a realidade nada virtual da globalização, alguns vetores da sociedade apontam suas flechas em direção a necessidade, cada vez mais premente, de resgatar ou de inventar um "social", um "cultural", cuja realidade se estruture mais em valores ditos humanos; ora, salvo alguns comportamentos de exceção, deixamos de ser

humanos? Aliás, isso é próprio do humano. Talvez o momento indique mais, - digo talvez com a convicção de não haver garantias - o momento aponte para uma reflexão sobre os valores "humanistas", do quais somos herdeiros.

O que pode e o que deve a Lei nº 10.216/01, conhecida como "Lei Paulo Delgado", fazer em prol dessa "gente", vítima da segregação de seus iguais? Primeiro: trata-se de uma Lei (federal). Admitamos, apesar das muitas exceções,

que uma Lei deva ser cumprida; assim sendo, seus artigos e parágrafos já garantem a essa “gente”, gente dita louca, ou conforme nomenclatura destinada a não produzir estigmas, “pessoas acometidas de transtornos mentais”, passaporte ao terreno humano. Essa é a primeira possibilidade, o primeiro dever da Lei. Sem a menor sombra de dúvidas, considero isso um avanço, um salto distinto, relativo tanto a um resgate, quanto a uma invenção, acerca dos valores humanos, em particular ao “mental”, ao psíquico.

Aponto para um além disso, isto é, é fato que a referida Lei coloca nosso País em posição de vanguarda quanto à “reforma psiquiátrica” vivida no planeta; qualquer posição contrária, por mais racional que seja, tenderia a um gozo de retórica ou pura passionalidade. Esse além se refere a uma segunda, terceira, enfim a infinitas possibilidades e deveres. Isso pela simples realidade que não há cultura sem lei. É uma Lei que tem futuro, ou de outro modo, ela pode - e deve - plantar, pela sua estrutura de resgate e invenção, valores contra a segregação.

A segregação não é um fenômeno longínquo a cada um de nós. Antes de mais nada ao nosso narcisismo. Não há segregação nas grandes diferenças, como muito bem apontou Freud, tal fenômeno, que ganha proporções muitas vezes

gigantescas, se refere às pequenas diferenças, às nossas pequenas diferenças de cada dia. O termo loucura é frequentemente utilizado tanto para comportamentos extremamente desejáveis quanto para os surpreendentes, de todo modo para uma diferença que nos

**A segregação não é um fenômeno longínquo a cada um de nós. Antes de mais nada ao nosso narcisismo. Não há segregação nas grandes diferenças, como muito bem apontou Freud, tal fenômeno, que ganha proporções muitas vezes gigantescas, se refere às pequenas diferenças**

aproxima ou nos mantém sempre em relação e quase nunca, indiferentes.

Trata-se de uma Lei de impacto direto aos Serviços de Saúde Mental, públicos ou privados e, mais uma vez, para além do caráter de normatização, deverá tocar no âmbito da ética. Certamente correremos o risco de produzir, com roupagens, “humanistas” o mesmo equívoco de outrora; o de

acreditar, com ares de certeza, que estamos fazendo o bem para essas pessoas que “buscam” estes serviços, sejam suas “reinscrições” na sociedade através, por exemplo, de suas produções artesanais, muitas vezes involuntária e compulsória. Para além da potência da força de trabalho laborativa ou braçal patentes, está em jogo um sujeito, não apenas de sua própria história, na medida em que sua história pode tocar a história da humanidade, de quando em quando de maneira contundente, como “nosso” Bispo do Rosário.

Essa “gente” tem muito mais a dizer a respeito de suas vivências e experiências e que os caminhos não se reduzem a uma “reinscrição psico-social” pré-estabelecida. Freud já nos havia antecipado que os “loucos”, como os artistas, estavam um passo à frente da humanidade.

A “Lei Paulo Delgado” pode e deve representar o resgate e a invenção desse “novo” cidadão, que possui, apesar de modo diferente, as rédeas de sua história. Antes mesmo de tratá-lo, devemos aprender a ouvi-lo.

**José Eduardo M. Amorim**  
Psicanalista - Presidente da  
Associação CasaViva.

Tribuna de Minas  
Juiz de Fora/MG  
08/04/2001

## PRÓ-CIDADANIA

No início da década de 90 já era consenso: a assistência prestada no Brasil era de má qualidade. Infelizmente o consenso permanece até hoje. Constatava-se isto pela seguidas denúncias de violação dos direitos humanos e da cidadania veiculadas pela imprensa e pelas visitas de supervisão aos hospitais psiquiátricos.

Isto ocorria por várias razões, mas principalmente pela lógica do modelo assistencial oferecido, baseado no internamento hospitalar. Este modelo começou a ser questionado no final da década de 70, quando se constituiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, mais tarde transformado em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, que desde essa época tem incansavelmente lutado pelo fim dos manicômios. Em função desta luta, avançamos muito neste setor.

O Ministério da Saúde já redefiniu inúmeras vezes o conceito de atendimento à saúde mental, e vários estados da Federação já aprovaram leis propondo um novo modelo de atendimento; porém, somente agora, após 11

anos de tramitação, o projeto de lei de Paulo Delgado foi aprovado.

Estima-se que a demanda para o atendimento à saúde mental no nosso país gire em torno de 20 a 30% da população, e poucas são as alternativas de atendimento oferecidas, que não o velho modelo de manicômio.

Para compreender e aplicar a lei, deve-se rever o conceito de saúde/doença em saúde mental e ter clara a diferença entre desinstitucionalização e desospitalização.

Desinstitucionalização não é desospitalização, como vem sendo entendido e pregado por senhores que dominam o atendimento médico psiquiátrico em nosso país. A desinstitucionalização é um complexo processo social que envolve muitos atores e altera as relações de poder entre os pacientes, os profissionais e as instituições, com origem no questionamento do modelo de atendimento autoritário e segregador, tendo o hospital como núcleo (modelo hospitalocêntrico).

A Lei Paulo Delgado propõe um modelo de atendimento centrado na cidadania,

e para isto temos que desinstitucionalizar o cidadão e sua família, oferecendo serviços hospitalares somente na fase aguda e, posteriormente, atendimento em centros de atenção psicossocial, ambulatorial, casas-abrigo, hospital-dia etc. Isto implica o Ministério da Saúde elaborar uma política específica de atenção e auxílio aos familiares de doentes mentais, comprovadamente carentes, repassando às famílias parte do percentual que o ministério gasta com o pagamento das diárias hospitalares. Uma solução que, ao nosso ver, cumpre relevante papel social.

A lei recentemente aprovada na Câmara dos Deputados impede que pessoas compulsoriamente internadas - como no depoimento acima - sejam abandonadas, bem como contribuirá para uma nova cultura de relacionamento e tratamento às vítimas de sofrimento mental.

**Dr. Rosinha,**  
pediatra e sanitarista, é  
deputado federal pelo PT-PR.

O GLOBO  
25/04/2001

## Cooperativas Sociais

A Lei das Cooperativas Sociais, de autoria do deputado Paulo Delgado, se insere no processo de humanização da situação das pessoas com transtornos mentais por assegurar sua integração à sociedade. A lei possibilita que pessoas egressas de hospitais psiquiátricos ou em tratamento - o que as coloca em situação de desvantagem econômica - possam se organizar e se associar para trabalhar, garantindo-lhes o direito à dignidade e o reconhecimento de que podem ser produtivas e contribuir para a sociedade.

LEI Nº 9.867, DE 10 NOVEMBRO DE 1999

Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA faça saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades:

I - a organização e gestão de serviços sócios-sanitários e educativos; e

II - o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.

Art. 2º - Na denominação e razão social das entidades a que se refere o artigo 1º é obrigatório o uso da expressão "Cooperativa Social", aplicando-lhes todas as normas relativas ao setor em que operam, desde que compatíveis com os objetivos desta Lei.

Art. 3º - Consideram-se pessoas em desvantagem, para os efeitos desta lei:

I - os deficientes físicos e sensoriais;

II - os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, os egressos dos hospitais psiquiátricos;

III - os dependentes químicos;

IV - os egressos de prisões;

V - (VETADO) idosos sem família e sem meios de subsistência;

VI - os condenados a penas alternativas à detenção;

VII - os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

§ 1º - (VETADO) Além dos grupos mencionados no *caput*, poderão ser consideradas pessoas em desvantagem outras pessoas ou grupos assim definidos por decisão do Conselho Nacional de Assistência Social.

§ 2º - As Cooperativas Sociais organizarão seu trabalho, especialmente no que diz respeito a instalações, horários e jornadas, de maneira a levar em conta e minimizar as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem que

nelas trabalharem, e desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social.

§ 3º - A condição de pessoa em desvantagem deve ser atestada por documentação proveniente de órgão da administração pública, ressalvando-se o direito à privacidade.

Art. 4º - O estatuto da Cooperativa Social poderá prever uma ou mais categorias de sócios voluntários, que lhe prestam serviços gratuitamente, e não estejam incluídos na definição de pessoas em desvantagem.

Art. 5º - (VETADO)

Parágrafo Único - (VETADO) As cooperativas Sociais, naquilo que couber, os dispositivos constitucionais referentes às cooperativas, bem como os da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e os da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993).

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

Brasília, 10 novembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

Fernando Henrique Cardoso.

## “DERRUBAMOS A LEI DE FERRO DA DOENÇA MENTAL”

**Tribuna de Minas:**  
Qual a mudança prática a nova legislação vai impor à saúde mental?

Paulo Delgado: A lei vai transferir recursos do sistema fechado para o aberto. Hoje em dia, os transtornos mentais são responsáveis pelo terceiro maior gasto anual com internação no Sistema Único de Saúde (SUS), corresponde a R\$ 450 milhões e ficando atrás, apenas, das doenças do aparelho circulatório e de gravidez e parto. Até agora, cerca de 95% do orçamento da saúde mental iam para o modelo manicomial, caracterizado por internação, sedação, isolamento e perda do contato social por parte do paciente. O regime aberto terá, como bases, os direitos humanos, o avanço da medicina e a maior eficiência na recuperação social do doente. Ou seja: o centro da assistência passará do hospital para a pessoa.

**Como vai funcionar este regime aberto?**

O Ministério da Saúde ainda vai regulamentar a lei, baseada na universalização do direito do cidadão com transtorno mental, na imple-



Paulo Delgado, autor da Lei 10.216

mentação da segunda opinião médica e no atendimento preferencial em serviços comunitários de saúde mental. O tratamento aberto será a regra, enquanto a internação será a exceção. Assim, haverá a reinserção social do paciente em seu meio. Está vedada a criação de novos hospitais psiquiátricos. Os atuais serão progressivamente fechados e cada desconstrução será acompanhada pela criação de um serviço aberto. A lei, no entanto, é progressiva. A aplicação não será imediata em função do risco de colapso no sistema, enquanto as altas serão planejadas e responsáveis. O processo transitório deve demorar cerca de cinco anos.

**Uma das críticas ao projeto é o risco de os doentes mentais graves viverem abandonados nas ruas. É possível isso acontecer?**

O alerta é necessário, entretanto a legislação não significa a abertura das portas e o abandono dos pacientes. Haverá controle efetivo. O artigo 4 prevê a indicação de internação quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. No entanto, ela não vai ocorrer em instituição asilar, mas em pronto socorro, por exemplo. Ainda assim, a internação necessária deverá ser comunicada à autoridade judiciária, e a alta passa a fazer parte do tratamento.

O Ministério da Saúde iniciou uma auditoria em todas as instituições psiquiátricas brasileiras, para avaliar os casos prolongados e, também, as ausências de internamentos. E, nos próximos dias, será criado o Plano de Atenção à Desospitalização (PAD), prevendo o deslocamento da verba das Autorizações para Internação Hospitalar (AIHs) para os domicílios. As famílias receberão verba para tratar os seus doentes.

**Outra crítica é quanto ao uso do conceito de manicomio para os hospitais e clínicas aprovados nas reformas de psiquiatria.**

As instituições aprovadas pela Psiquiatria 4, com certeza, são melhores que as demais. Mas, ainda assim, são manicômios, porque cuidar bem de

uma pessoa não é simplesmente deixá-la num ambiente limpo,

**“A lei prevê o respeito absoluto à diferença entre as pessoas”**

mas tratá-la como ser humano. A higiene não é o único critério para a questão. Reconheço os avanços, mas o caminho é longo e falta muito a ser percorrido. O ambiente ainda é muito fechado, com grades, impiedade e indiferença por parte de técnicos treinados para calar o paciente. A lei prevê o respeito absoluto à diferença entre as pessoas.

**E sobre a acusação de a lei não tratar a questão como médica?**

Este é o raciocínio das escolas tradicionais de psiquiatria, o domínio médico ultra-especializado sem outras possibilidades. O texto tem, sim, fundamentação médica e parte, justamente, do avanço da medicina. Mas o cuidado médico não pode excluir e estigmatizar. Não adianta apenas medicarmos um paciente enjaulado. A zona de sombra entre a sanidade e a loucura é grande. Isso dá ao saber psiquiátrico responsabilidade ainda maior em comparação com outras áreas da medicina. Na psiquiatria, encontrei os profissionais médicos mais íntegros, mas, também, muitos charlatões.

*Tribuna de Minas  
Juiz de Fora  
17/04/2001*

**Márcio Aires**  
Associação  
CasaViva



## No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica<sup>1</sup>

Pedro Gabriel Godinho Delgado<sup>2</sup>

.. then on the shore  
of the wide world I stand alone, and think  
till love and fame to nothingness do sink.  
Keats, soneto, "When I have fears", 1818



Mury - Associação CasaViva

Dia 6 de abril de 2001, doze anos depois de ter dado entrada no Congresso, a lei da reforma psiquiátrica foi sancionada pelo Presidente da República, com emoção e solenidade, marcando as comemorações no Brasil do Dia Mundial da Saúde Mental. Um mês depois, na Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra, onde todos os ministros de 190 países do mundo afirmaram aceitar a recomendação da OMS,

de atribuir prioridade máxima à saúde mental, o Ministro da Saúde do Brasil declarou aos estados membros que o país inaugurava uma nova era, de introdução definitiva da saúde pública, através da assinatura presidencial na lei da reforma psiquiátrica. A repercussão da nova lei foi enorme, em todos os meios de comunicação de massa, e seu impacto como divisor de águas na história da

mudança da psiquiatria pública no Brasil não deve ser subestimado.

Porém, a reforma psiquiátrica é um mundo desmesurado de grande. Ninguém sabe aonde vão dar seus confins, qual a fundura de seu mar, ou o perder de vista dos seus himalaia.

A aprovação de uma lei federal, com o destaque que teve, por tornar-se parte de comemorações que se realiza-

ram em quase todas as grandes cidades do país, traz o processo de reforma para um novo estágio de institucionalidade, colocando-o definitivamente na luz do debate sobre a cidadania e as políticas públicas.

Neste pequeno artigo, examinaremos rapidamente algumas implicações e desdobramentos da aprovação da lei 10.216.

### 1. A lei 10.216 e a política de saúde

O texto aprovado constitui o resultado final de um longo ciclo de debates no Congresso, especialmente no Senado, onde várias redações substitutivas foram apresentadas. Ficou mantida a diretriz geral de reorientação do modelo de saúde pública neste subsetor, com substituição progressiva do aparato hospitalocêntrico. Em um documento oficial de divulgação, o Ministério da Saúde expressou seu apoio ao projeto de lei:

“Por que o Ministério da Saúde aprovou o projeto? Porque a Lei da Reforma Psiquiátrica preenche uma grave lacuna legal. A lei federal sobre saúde mental é de 1934, um período sombrio para as instituições democráticas, que desembocou na ditadura do

Estado Novo. Essa velha legislação apresenta uma visão autoritária sobre o tratamento. Por isso, é incompatível com o pressuposto ético de que o doente mental é um cidadão – e como tal deve ser tratado. Com base nesse princípio, o novo texto destaca os direitos do paciente.

Porque a nova legislação contém uma clara diretriz de saúde pública, ao determinar que os governos devem investir nos recursos comunitários e no sistema ambulatorial. As instituições da velha psiquiatria asilar devem ser progressivamente extintas, com a criação de novos serviços e o acolhimento adequado a esses pacientes que vivem intramuros, muitos deles pessoas idosas que ficaram confinadas desde a adolescência sem terem cometido crime algum.

Além disso, [apoiou-a porque] a lei regulamenta as internações involuntárias, impedindo que se faça violência em nome da medicina e da psiquiatria; define como devem ser realizadas as pesquisas biomédicas com pacientes mentais e estabelece as responsabilidades dos vários níveis de gestão. Ou seja, cria uma configuração clara de qual o caminho que deve ser trilhado, embora com o nível

de generalidade que uma lei desse tipo comporta “(MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Informe Saúde*, ano V, n. 107, abril de 2001).

### 2. Internação involuntária

Tem-se falado muito na regulamentação da lei. Entretanto, é preciso sublinhar que ela já está em vigor, já tem eficácia legal. Portanto, a partir de sua publicação no Diário Oficial, em 09 de abril de 2001, a internação involuntária já precisa ser comunicada ao Ministério Público Estadual. Alguns estados já o vinham fazendo, e o melhor exemplo é o estado de Pernambuco, onde, por conta da lei estadual aprovada em 1992<sup>3</sup>, o Ministério Público Estadual vem realizando o controle e acompanhamento das internações involuntárias desde o ano de 1997. Os dados desse Estado mostram que o número de notificações tende a ser crescente no primeiro ano, estabilizando-se em seguida (MPE-PE, 2001). É de esperar-se que, no primeiro momento, os serviços estejam regularizando a rotina de notificação, o que produz uma curva crescente do número de eventos, estabelecendo-se uma tendência mais real alguns meses de-

pois do início dos registros. A relação entre internações involuntárias e voluntárias é um importante indicador da qualidade da rede de serviços e do grau de adesão dos usuários (cf., p.ex., RAMON, 1996), e somente a partir de agora passaremos a dispor desta informação. Cabe ao Ministério da Saúde articular internamente, com a Vigilância Sanitária dos Estados, o registro sistemático deste evento, o que propiciará uma importante base de dados para o acompanhamento da atenção psiquiátrica pública.

Os hospitais que realizam a internação contra a vontade do paciente deverão encaminhar tal comunicação aos setores competentes do Ministério Público Estadual, em geral as áreas de Defesa da Cidadania ou, dentro desta, a área específica da saúde. Uma normativa mínima, com o modelo de formulário para a notificação, está sendo encaminhado pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais, para distribuição aos pólos de emergência ou serviços de internação psiquiátrica.

Deve ser ressaltado que uma internação voluntária pode tornar-se involuntária e, se ficar assim caracterizada, também deve ser ob-

jecto de notificação ao Ministério Público Estadual.

O Colégio de Procuradores do Ministério Público Federal e o Ministério da Saúde realizarão um primeiro seminário sobre o tema, em agosto de 2001, buscando estabelecer os consensos mínimos para os protocolos a serem observados no cumprimento deste dispositivo da lei 10.216. O objetivo é estabelecer o modelo geral a ser seguido, preservando-se a autonomia de cada estado da federação na rotina concreta a ser seguida.

### **3. Cidadania e incapacidade laborativa: interdição civil e atenção psicossocial**

Ao centrar o foco da atenção nos direitos do paciente, convocando expressamente as instituições sociais de defesa da cidadania, como o Ministério Público, a lei em vigor dá novo sentido aos impasses que o atendimento psicossocial enfrenta no campo da incapacidade civil dos usuários dos serviços. Os artigos 1º. e 2º. tratam expressamente da defesa dos direitos, embora sem menção específica à capacidade civil.

Parece legítima a interdição de que, sendo a in-

terdição um processo judiciário que afeta diretamente a capacidade civil do paciente e, portanto, seus direitos, ela deva igualmente ser objeto de acompanhamento e fiscalização. Também neste caso o Ministério Público deverá exercer sua função de fiscal da justiça e defensor da cidadania. A curatela dos pacientes mentais não está submetida, em nosso país, a nenhum instrumento de revisão, e o recurso ao procedimento da interdição é cada vez mais banalizado (cf. DELGADO, 1992, 117-178), especialmente em função das exigências do sistema de previdência social. É urgente o estabelecimento de uma norma administrativa que distinga com clareza e eficácia administrativa a incapacidade laborativa da incapacidade civil. Hoje, o paciente mental que pleiteia o benefício por incapacidade para o trabalho é quase invariavelmente obrigado a submeter-se à interdição de seus direitos civis. Este é um fato que, apesar de ter conseqüências graves para a subjetividade do paciente, faz parte de uma rotina quase incontornável dos serviços de atenção psicossocial. A maioria absoluta das demandas dirigidas a um escritório de defesa dos direitos do paciente de uma

entidade civil do Rio de Janeiro, por exemplo, é constituída por situações de interdição civil vinculadas à prestação de benefícios previdenciários (IFB, 2001).

#### **4. Louco infrator: reforma da Lei de Execuções Penais e mudanças possíveis do Código Penal**

A lei 10.216 faz uma rápida menção, nos artigos 6º. e 9º., à internação compulsória, isto é, determinada pela Justiça, nos casos de delito cometido pelo paciente psiquiátrico. Desde a redação original de 1989, quando iniciou sua tramitação na Câmara dos Deputados, o projeto Paulo Delgado optou deliberadamente por não tratar das mudanças nos Códigos Civil e de Processo Civil – no que se refere à interdição dos *loucos de todo o gênero* –, e na área Penal – no que respeita à inimputabilidade e periculosidade do paciente psiquiátrico que comete delitos. Foi uma opção deliberada, em benefício da clareza e da eficácia da mudança normativa proposta. Era prioritário, inicialmente: inaugurar a reorientação da política sanitária hospitalocêntrica; afirmar a compatibilida-

de entre cidadania do paciente e tratamento, como norte ético da reforma, e garantir que a internação psiquiátrica deixasse de fazer-se no vazio normativo e ao largo dos dispositivos de defesa da liberdade individual. Os 3 artigos inaugurais, que resultaram no texto legal aprovado em 06/04/01, abriam o caminho para as demais iniciativas de mudança no conjunto de leis aplicáveis à condição do louco na sociedade. Estas outras iniciativas são tarefas em curso, exteriores à lei recentemente aprovada, mas intrínsecas ao vasto programa da reforma psiquiátrica, e que enfrentam dificuldades previsíveis.

Na revisão do Código Penal em tramitação no Congresso, por exemplo, não estão sendo cogitadas mudanças de fundo nos quesitos da inimputabilidade, periculosidade e medida de segurança. Está sendo proposta uma vinculação do tempo de duração da medida de segurança ao equivalente penal para o mesmo delito (todos sabem que uma medida de segurança pode ser perpétua, pois depende apenas do laudo psiquiátrico de cessação da periculosidade), o que não deixa de ser um movimento, mesmo tímido, para a correção de uma aberração jurídica. Também está em cur-

so um esforço de “humanização” da Lei de Execuções Penais, de modo a permitir que alguns benefícios da pena (progressão de regime, visitas íntimas, etc.) possam ser estendidos ao paciente que vive sob o cruel e paradoxal regime do tratamento compulsório. Os Ministérios da Justiça e da Saúde constituíram Comissão Interministerial para tratar dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, seu funcionamento e a legislação aplicável. Os relatórios dessa Comissão podem ser consultados mediante solicitação por via eletrônica ao Ministério da Justiça (MJ, 2000).

#### **5. Desinstitucionalização e suporte social**

O artigo 5º. da lei 10.216 diz o seguinte:

*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.*

O texto diz respeito aos pacientes de longa permanência institucional (PLP), que não devem ser designados de “crônicos”, pela imprecisão clínica do termo e pela carga negativa que a palavra assumiu na cultura institucional da psiquiatria, e que são cerca de 1/3 dos atuais 70.000 internos dos hospitais brasileiros. Há estudos recentes, que caracterizam um pouco melhor o perfil demográfico e clínico desses pacientes (SES/MS, 2001; UFRJ/NUPPSAM, 2000). Penso que o texto legal é claro: o Estado tem responsabilidade de prover “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”, o que inclui a garantia do atendimento em ambiente comunitário e os insumos adequados de suporte social. A experiência da Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro e dos municípios da região metropolitana do Rio, em relação ao macro-hospital Casa de Saúde Dr. Eiras, de Paracambi, e o trabalho, em curso há 5 anos, do Hospital Cândido Ferreira, em Campinas, são bons exemplos de um esforço institucional na direção do que a lei recomenda (SES-RJ, 2001-b. VALENTINI, W., 2000). Há algumas experiências europeias

(Inglaterra, Espanha) e americanas (Canadá) que são bons exemplos do enfrentamento adequado deste problema crucial da reforma (v., p. ex., DESVIAT, 2001). No Brasil, tivemos o impedimento jurídico interposto à implantação do PAD – Programa de Apoio à Desospitalização, de 1993, mas hoje está incluído no orçamento do Ministério da Saúde (Plano Plurianual 2000-2002) recursos para a concessão do “incentivo-bônus”, sob critérios definidos, aos pacientes de longa permanência. “Todos os pacientes com tal perfil [PLP] inseridos em programas de reabilitação psicossocial na Espanha, qualquer que seja a forma institucional ou orientação teórico-técnica do programa, recebem apoio financeiro regular, na forma de bolsa”, relata Manuel Desviat (2001b). A implantação do incentivo-bônus, com a definição das normas aplicáveis ao tal benefício, incluída em uma definição mais abrangente da política de reabilitação psicossocial, constitui uma das medidas mais urgentes da regulamentação da lei 10.216.

## **6. O Jardim dos Caminhos que se Bifurcam**

São vários os desdobramentos e percursos a serem seguidos, sob a égide da substituição progressiva da psiquiatria hospitalocêntrica e o norte ético da autonomia possível dos pacientes e familiares. A atenção psicossocial de base comunitária, determinada pela lei, ainda não é dominante: ao contrário, em termos de investimentos públicos, ela constitui fração muito pequena (cerca de um décimo) do que é destinado à assistência hospitalar. Há muito a ser feito na regulamentação dos direitos “especiais” dos pacientes: proteção ao trabalho e trabalho assistido, geração de renda, moradia protegida, benefícios previdenciários. A realidade dos antigos manicômios judiciais (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico) permanece pouco alterada, bem como a legislação nesta área. O mesmo se pode dizer para a legislação civil – a interdição e curatela.

Trata-se de um longo processo, um vasto mundo, marcado pela busca do tratamento adequado e acessível e da autonomia possível dos usuários e trabalhadores dos serviços públicos. A autonomia como tarefa maior, como desafio posto pela construção

da sociedade democrática (CASTORIADIS, 1999, 69-71): o feito e o por fazer.

### Referências bibliográficas:

- BERISTAIN, A. *Nova criminologia à luz do direito penal e da vitimologia*. Editora UnB, Brasília, 2000.
- CASTORIADIS, C. *Feito e a ser feito. As encruzilhadas do labirinto V*. DP&A Editora, Rio de Janeiro, 1999.
- DELGADO, P. *As razões da tutela. Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Te Corá Editora, Rio de Janeiro, 1992.
- DELGADO, P. Cidadania e saúde mental. *Cadernos Cepia 4*. CEPIA, Rio de Janeiro, 1998, 91-104.
- DESVIAT, M. (2001b). Seminário de Pesquisa do NUPPSAM. IPUB/UFRJ, 06.06.2001, datilografado.
- DESVIAT, M. (ORG.). *Atención comunitária a la cronicidad psiquiátrica. Monografías de Psiquiatria*. Ano XIII, n. 2, abril-junio 2001.
- IFB. INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. *SOS Direitos do Paciente – Seminário Interdisciplinar*. Rio de Janeiro, junho de 2001 (relatório datilografado).
- KEATS, John. *Poemas*. Tradução e notas de Péricles Eugênio da Silva Ramos. Art Editora, São Paulo, 1987.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Informe Saúde*. Ano V, n. 107, 3ª semana de abril de 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em saúde mental: 1990-2000*. Coordenação Geral de Documentação e Informação, MS, Brasília, 2000, 2ª edição 2001.
- MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL. Estado de Pernambuco. Procuradoria Geral da Cidadania. Área de Saúde Mental: Relatório. Recife, 2001.
- RAMON, S. *Mental health in Europe. Ends, beginnings and rediscoveries*. Mind, Londres, 1996.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Censo Clínico e Psicossocial dos Pacientes da Casa de Saúde Dr. Eiras, Paracambi*. SES/MS/PRO-UNIRIO/NUPPSAM. Relatório Final. Rio de Janeiro, junho de 2001.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. "Reestruturação do atendimento na CSDE-Paracambi". Relatório parcial. Rio de Janeiro, 2001b.
- UFRJ/NUPPSAM. *Perfil dos Pacientes de Longa Permanência do Estado do Rio de Janeiro*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro, 2000.
- VALENTINI, W. *Projeto de lares abrigados do Hospital Cândido Ferreira*. Relatório descritivo. Secretaria Municipal de Saúde, Campinas, 2000. (datilografado).

<sup>1</sup> Este artigo é dedicado à memória de Luiz Eugênio Godinho Delgado, médico e militante da reforma sanitária brasileira. Publicado em VENANCIO, Ana Teresa A. & CAVALCANTI, Maria Tavares (orgs.) *Saúde Mental: campo saberes e discursos*. Rio de Janeiro, Edições IPUB/CUCA, 2001.

<sup>2</sup> Professor do IPUB e da FM/HUCFF/UFRJ; Coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde.

<sup>3</sup> Lei 9.716, de 07/08/92, de autoria do deputado Humberto Costa.

## 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 presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portado-

res 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 caracteriza 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

opta por esse regime de tratamento.

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

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação estrita do familiar, ou do 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, 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 dessa Lei.

Art. 13 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001:  
180º da Independência e  
113º da República

Fernando Henrique Cardoso

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

## “As leis e os costumes vos concedem o direito de medir o espírito..”

**D**eixa-nos rir. A credulidade dos povos civilizados, dos sábios, dos governos, adorna a psiquiatria de não sei que luzes sobrenaturais..Não pretendemos discutir aqui o valor da vossa ciência nem a duvidosa existência das doenças mentais. Mas para cada cem supostas patogenias nas quais se desencadeia a confusão da matéria e do espírito, para cada cem classificações das quais as mais vagas são as mais aproveitáveis, quantas são as tentativas nobres de chegar ao mundo cerebral onde vivem tantos dos nossos prisioneiros? Quantos, por exemplo, acham que o sonho do demente precoce, as imagens pelas quais ele é possuído, são algo mais que uma salada de palavras?

Não nos surpreendemos com vosso despreparo diante de uma tarefa para a qual só existem uns poucos predestinados. No entanto nos rebelamos contra o direito concedido a homens - limitados ou não - de sacramentar com o encerramento perpétuo suas

investigações no domínio do espírito.

E que encerramento! Sabe-se - não se sabe o suficiente - que os hospícios, longe de serem asilos, são pavoscos cárceres onde os detentos fornecem uma mão de obra gratuita e cômoda, onde os suplícios são a regra, e isso é tolerado pelos senhores. O hospício de alienados, sob o manto da ciência da justiça, é comparável à caserna, à prisão, à masmorra.

Não levantaremos aqui a questão das internações arbitrárias, para vos poupar o trabalho dos desmentidos fáceis. Afirmamos que uma grande parte dos vossos pensionistas, perfeitamente loucos segundo a definição oficial, estão, eles também, arbitrariamente internados. Não admitimos que se freie o livre desenvolvimento de um delírio tão legítimo e lógico quanto qualquer outra seqüência de idéias e atos humanos. A repressão dos atos anti-sociais é tão ilusória quanto inaceitável seu fundamento. Todos os

atos individuais são anti-sociais. Os loucos são as vítimas individuais por excelência da ditadura social; em nome dessa individualidade intrínseca ao homem, exigimos que sejam soltos esses encarcerados da sensibilidade, pois não está ao alcance das leis prender todos os homens que pensam e agem.

Sem insistir no caráter perfeitamente genial das manifestações de certos loucos, na medida da nossa capacidade de avaliá-las, afirmamos a legitimidade absoluta da sua concepção de realidade..

Que tudo isso seja lembrado amanhã pela manhã, na hora da visita, quando tentarem conversar sem dicionário com esses homens sobre os quais, reconheçam, os senhores só têm a superioridade da força”.

**Antonin Artaud**

1925

Carta aos médicos chefes dos manicômios in Coleção Rebeldes Malditos (Tradução de Cláudio Willer - L&PM Editores)

## Verdades e mentiras em saúde mental

As doenças mentais são somente frutos da imaginação.

**Mentira.** São doenças verdadeiras que causam muito sofrimento, podendo inclusive levar o doente à morte.

As doenças mentais são “manias”, fraqueza de caráter, “doença de rico”.

**Mentira.** As doenças mentais são causadas por fatores biológicos, psicólogos e sociais, e atingem todas as classes com a mesma intensidade.

Pessoas com doenças mentais são perigosas e devem ser excluídas da família, da comunidade e da sociedade.

**Mentira.** Pessoas com problemas de Saúde Mental não representam perigo para família, comunidade ou sociedade. Por esse motivo, devem ser tratadas adequadamente e inseridas na comunidade, sem medo ou exclusão. Assim, poderão levar uma vida normal, feliz e produtiva, como todo mundo.

Já existe tratamento para as doenças mentais.

**Verdade.** Já existem tratamentos efetivos, e sem sofrimentos ao alcance de todos.



7 de abril - Dia Mundial da Saúde  
OMS - Organização Mundial da Saúde

# cidadania

### Expediente

**Realização:** Escritório de Juiz de Fora/MG  
e Gabinete do Deputado Paulo Delgado em Brasília/DF

**Projeto gráfico e Diagramação:** Mário Tarcitano

**Ilustração da capa:** Isaias Nazaré Leopoldino - usuário de saúde mental  
Uma pessoa com cara de gato - Acrílica s/ tela - Associação CasaViva

**Endereço:** Câmara dos Deputados Gabinete 268 - Anexo III - Brasília/DF - Cep: 70160-900  
Telefones: (0xx61) 3215-3268 / (0xx61) 3215-5268 / (0xx32) 3216-3610  
Fax: (0xx61) 3215-2268 - (0xx32) 3215-0506

<http://www.paulodelgado.com.br>  
e-mail: [paulodelgado@terra.com.br](mailto:paulodelgado@terra.com.br)  
[dep.paulodelgado@camara.gov.br](mailto:dep.paulodelgado@camara.gov.br)



# WHO IS NORMAL?

ANYONE CAN EXPERIENCE MENTAL DISTRESS.  
NO ONE NEEDS THE STIGMA TO GO WITH IT.





Cartaz do Dia Nacional da Luta Antimanicomial  
Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais  
Forum Mineiro de Saúde Mental