

O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO-JURÍDICO NO TRATAMENTO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Efeitos da legislação internacional na prática psiquiátrico-legal rio-grandense

Lucas do Nascimento¹
Arthur de Andrade Sehn²

Resumo: Através de resgate do estudo histórico da psiquiatria legal, o presente trabalho procura apontar instrumentos eficazes à modificação positiva das condições de vida dos doentes mentais rio-grandenses. Reconhecendo a rica interface entre direito e psiquiatria, parte-se para metodologia interdisciplinar a partir de método lógico-aristotélico, histórico-comparativo, histórico-contextual e bibliográfico. Assim, possibilitou-se compreensão holística primeira acerca do percurso histórico do tratamento dos doentes mentais no panorama internacional para adentrar-se na análise histórica nacional e estadual. Constatou-se atividade psiquiátrico-legal heterogênea no contexto nacional, destacando-se a rio-grandense, orientada por avançada legislação internacional.

Palavras-chave: História da Psiquiatria Legal, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, realidade rio-grandense.

Introdução

O presente trabalho, a partir do estudo não só da prática psiquiátrico-legal, mas também da legislação que a envolve do contexto internacional ao rio-grandense, busca destacar as mutações históricas transcorridas nesse campo até a atualidade, no que diz respeito ao tratamento das pessoas com transtornos mentais, assim como relevar a realidade estadual e apontar instrumentos para enfrentar os problemas porventura encontrados.

Como método, adotou-se o lógico-aristotélico, a partir da indução e da dedução; o histórico-comparativo, pertinente a uma compreensão dos fatos a partir de cotejo entre diferentes espaços e tempos; o histórico-contextual, útil na medida em que penetra a realidade estudada, permitindo entendimento desta através da contextualização do momento e local históricos em vista; e, principalmente, o bibliográfico, ou seja, aquele que busca analisar uma determinada sociedade a partir dos documentos naquele ambiente produzidos.

Como forma de exposição, preferiu-se dividir o assunto em três capítulos: a) âmbito internacional; b) âmbito nacional; e c) âmbito rio-grandense, objetivando propiciar uma explanação clara acerca das relações existentes entre a história da psiquiatria legal internacional e a de seus orientandos legislativos, a nacional e a rio-grandense. Assim, tornou-se possível abordar de forma plena, mas sucintamente, o desenvolvimento histórico-legislativo no tratamento dos doentes mentais, com ênfase na realidade do Rio Grande do Sul.

¹ Estudante de graduação, no 5º semestre da Faculdade de Direito da UFRGS. Tesoureiro do SAJU/UFRGS e assistente jurídico no GEIP (Grupo de Estudos e Intervenção em Matéria Penal). Foi bolsista PIBIC/CNPq em 2008, estagiário no escritório Medina Osório Advogados e no Instituto Internacional de Estudos de Direito do Estado (de 11/2008 a 05/2009).

² Estudante de graduação, no 3º semestre da Faculdade de Medicina da PUCRS. Membro da Liga do Transplante PUCRS.

Capítulo I – Âmbito internacional

I.1. História da Psiquiatria Legal no plano internacional

A história da psicopatologia forense remonta ao antigo Direito Romano, que relevava a imputação do delito. O Digesto e os Códigos Justinianeus, inclusive, consolidações posteriores desse direito, já continham a consideração de que a alienação mental acarreta a inimputação (não responsabilização penal, por incapacidade relativa ou absoluta do indivíduo de determinar-se conforme sua vontade) nessa modalidade de ilícito (SOUZA; CARDOSO, 2006, p. 30).

Já na Idade Média, o direito penal acabou por ser colocado a serviço de interesses religiosos. Assim, os transtornos mentais eram geralmente considerados como expressões demoníacas, pensamento que se corporificava nos absurdos tribunais inquisitoriais. Ainda havia, no entanto, considerável harmonia entre razão e desrazão, conforme nos mostra Foucault, (FOUCAULT, 1981) equilíbrio este que vem a ser quebrado paulatinamente com o declínio medieval e a consolidação da mentalidade Moderna.

Durante a Renascença, justamente, toda a sociedade sofreu mudanças, inclusive em sua relação com a loucura. Esta nova postura pode ser exemplificada na imagem de Paolo Zacchia, considerado o inspirador da medicina legal moderna. Diz-se ter ele afirmado que “somente o médico era capaz de avaliar a condição mental de um indivíduo”, (COHEN; FERRAZ; SEGRE, 1996, p. 13) positivismo sociológico sintomático dos posicionamentos comunitários que então ganhavam corpo.

A partir desse pensamento nasce, no século XVII, a chamada internação, em resposta à desorganização social e à crise econômica provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Antes de ser uma questão econômica, a relação entre o internamento e o trabalho era questão moral. Para o racionalismo, então em voga, a mazela moral da pobreza surge da vontade não disciplinada dos indivíduos. Opera-se uma identidade entre a mendicância, a ociosidade e o vício.³ O louco é ligado a essa imagem, já que negligencia os limites sagrados da produção. Portanto, era alvo da política de internação. Viciado, deveria ser tratado (FOUCAULT, 1981).

Em torno de 1830, na França, esse sistema começa a apresentar-se obsoleto na prática, pois os doentes mentais conviviam com os presos comuns, algemados ou presos por correntes de ferro. Apenas em 30 de junho de 1838 foi promulgada, neste país, lei que regulamentou a assistência aos então denominados alienados mentais. Ela representou a consagração dos direitos humanos reivindicados para os doentes mentais pela reforma de Philippe Pinel, essa continuada por seu discípulo Esquirol.⁴ Entretanto, embora a lei fizesse

³ As instituições de internação aparecem então como corpos morais encarregados de castigar, de corrigir uma certa “falha” moral que não merece o tribunal dos homens mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência, transformando todos os espaços e ações numa frenética busca de vigília em prol do labor. Por motivos de força se exige dos indivíduos que retornem ao movimento de conduta demandado pela sociedade. Cf. FOUCAULT, Michel, **op. cit.**, passim.

⁴ Jean Étienne Dominique Esquirol procurou classificar as doenças mentais em “monomanias”, conceito que criou para descrever transtornos mentais existentes em indivíduos que ainda mantêm outras faculdades intactas, percebendo que a capacidade de raciocínio do homem é subserviente às suas necessidades emocionais. Dessa forma, ele conclui que de uma determinada “monomania” pode resultar ação criminosa, e que este tipo de criminoso não deveria ser punido, mas tratado em um hospital de doentes mentais. Graças aos seus pensamentos, baseado em experiências clínicas com a psiquiatria, foi o maior responsável pela implantação posterior da psiquiatria forense no ocidente. Cf. SOUZA; CARDOSO, **op. cit.**, p. 32.



distinção entre doentes mentais e criminosos, a situação real pouco se modificou: a promiscuidade se manteve (SOUZA; CARDOSO, 2006, p. 30-31).

Em 1860, na Inglaterra, através do Criminal Lunatic Asylum Act, foram instituídos os manicômios criminais, que em 1910 se alastraram aos outros países europeus. Assim, o modelo escolhido foi o inglês, do sistema asilo-especial, em que se instituíam estabelecimentos exclusivamente para doentes mentais que cometeram delitos, passando estes a serem mantidos longe dos criminosos e dos doentes mentais asilados. A França, apesar de precursora na procura por melhoras das condições de tratamento e na introdução da psiquiatria junto ao judiciário, não conseguiu implantar de forma eficaz as reformas necessárias (SOUZA; CARDOSO, 2006, p. 33).

Outro campo que estava em aberto, e que se discutia principalmente na Europa, era o da utilização de conceitos psiquiátricos na justiça penal. Os magistrados e os tribunais opuseram forte resistência à intromissão da psiquiatria. Assim, inicialmente, e por longo período, apenas em alguns casos, como o dos dementes, recebia o agente delituoso com transtornos mentais tratamento diferenciado. Nesses, era considerado, pela justiça, irresponsável.⁵

Foi sob a influência tardia de O tratado dos delitos e das penas, obra publicada já no século XVIII, de Cesare Beccaria, que essa situação foi modificada. Sua doutrina transformou as concepções existentes sobre a punição, cujo caráter deveria ser mais intimidativo, destacando a necessidade de moderação da pena e da prevenção dos delitos (BECCARIA, 1999). A partir dessa já antiga, mas inaplicada lógica penal, passam a se delinear passos importantes em direção à proteção da dignidade das pessoas com transtornos mentais.

1.2. Marcos legislativos internacionais

Acerca do movimento de reconhecimento e defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais que deu origem à situação legislativa internacional atual, resume Taborda:

[...] surgiu, entre outros fatores, da constatação das condições intoleráveis de vida nos grandes hospitais psiquiátricos e de uma política de fortalecimento dos direitos humanos no plano internacional. Sendo alguns destes pacientes cidadãos desprovidos de um dos atributos mais caros aos seres humanos, a razão, nada mais justo que não sejam penalizados por isso e que recebam um tratamento condizente com sua dignidade (TABORDA, 1995, p. 285).

Como resultado destas lutas, no final do século XX foram promulgados documentos oficiais de entidades internacionais e de pretensão normativa, sendo alguns deles considerados marcos legislativos na conquista de direitos às pessoas com transtornos mentais. Seguem, conforme exposto por Taborda, os provenientes:

a) Da Europa: Recommendation R(83)2, do Comitê de Ministros do Conselho da Europa, de 22 de fevereiro de 1983; Resolution A3-0231/92, do Parlamento Europeu, de 16 de setembro de 1992.

⁵ Importante para modificar tal posição foi o resultado de outro debate, também na Europa, em torno do conceito de medida de segurança, criado por Carlos Stoos no anteprojeto de Código Penal para a Suíça, em 1893. Este tipo jurídico posteriormente foi sendo adotado por legislações de outros países, como Grécia, Itália e Brasil, na década de 1940.



b) Das Américas: Declaração de Caracas, proclamada pela Conferência Nacional da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), de 14 de novembro de 1990.

c) Das Nações Unidas: Resolução 46/119 sobre a proteção de pessoas com doença mental e a melhoria da assistência à saúde mental, da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), de 17 de dezembro de 1991 (TABORDA, 1995, p. 285).

Todos eles, como marcos que são, passaram a servir de instrumento para mudanças legislativas localizadas, tais como as que se estudarão no decorrer deste trabalho.

Capítulo II – Âmbito nacional

II.1. História da Psiquiatria Legal no plano nacional

No século XVI, foram instituídas no Brasil as primeiras irmandades da Misericórdia, congregações privadas de caráter religioso que prestavam serviços assistenciais, entre eles o médico. Instalaram no país, entre outros estabelecimentos, hospitais (os hospitais da Misericórdia ou Santas Casas).⁶ Conforme Lycurgo de Castro, “As Santas Casas receberam os padecentes de todas as moléstias, desde os tísicos e os portadores de doenças infecto-contagiosas, até os alienados” (SANTOS FILHO, 1947, p. 342).

Ainda o mesmo autor nos dá elucidativo relato sobre os procedimentos adotados, em relação aos doentes mentais, nos referidos estabelecimentos:

[...] eram os loucos recolhidos às cadeias ou a celas ou quartos gradeados nos hospitais da Misericórdia, onde padeciam terríveis castigos impostos pelos rudes guardas e enfermeiros [...]. Na Santa Casa do Rio, segundo relatório da Sociedade de Medicina, existiam em 1830 doze pequenas celas, onde de mobília apenas havia dois enxergões e mais alguns “troncos”, onde eram aprisionados os doidos e também os escravos do hospital, quando cometiam faltas (SANTOS FILHO, 1947, p. 356).

No Brasil, com a chegada do século XIX, começam a se desenvolver serviços de atendimento aos indivíduos com transtornos mentais. Os que cometessem crimes eram, até então, entregues para suas famílias a fim de serem cuidados ou eram recolhidos às instituições supramencionadas por Lycurgo. Segundo Amarante, justamente, “A loucura só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século passado” (AMARANTE, 1994, p. 73). Apenas em 1852,

⁶ “As irmandades da Misericórdia instituídas no Brasil a partir de meados do século 16 (a primeira foi a de Santos), uma em cada vila importante, cuidaram de praticar as “obras da Misericórdia” e assim instalaram hospitais (os hospitais da Misericórdia ou Santas Casas) e hospedarias (para náufragos, velhos desamparados, eclesiásticos em viagem e personagens importantes em trânsito); fundaram casas para criação e educação de crianças enjeitadas e abandonadas (as “Casas de Expostos” e “Rodas”), meninas órfãs (os “Recolhimentos de Orfãs”) e guarda de moças transviadas, mulheres adúlteras e mulheres de má vida (os “Recolhimentos do Parto”); criaram ou sustentaram hospícios e lazaretos; instalaram oficinas (para meninos e moços) e construíram igrejas; alimentaram os presos das cadeias e dotaram as mocinhas casadouras dos Recolhimentos de Orfãs; enterraram em terra sagrada os corpos dos enforcados e salvaram a vida dos condenados cujas cordas se partiram na hora precisa do enforcamento, lançando-lhes por cima a protetora bandeira da Misericórdia”. SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História da medicina no Brasil**: do século XVI ao século XIX. São Paulo: Brasiliense, 1947, v. 1, p. 339.



devido a uma pressão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, foi inaugurado um hospital psiquiátrico, o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro.⁷

Em sua fundação, o imperador D. Pedro II proferiu o seguinte discurso, clarificador quanto aos objetivos do ato instituidor em questão:

[...] desejando assinalar o faustoso dia da minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência, ei por bem fundar um hospital **destinado privativamente para tratamento de alienados**, com a denominação de “Hospício de Pedro II”, o qual ficará anexo ao hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Côrte, debaixo da minha Imperial proteção, aplicando desde já, para o princípio de sua fundação, o produto das subscrições promovidas por uma comissão da praça do comércio e pelo provedor da sobre dita santa Casa, além das quantias com que eu houver por bem contribuir. Cândido José de Araújo Viana, do meu Conselho, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império, o tenha assim entendido e faça executar com os despachos necessários (SANTOS FILHO, 1947, p. 357).⁸ (Grifo nosso)

Na República, o Código Penal de 1890 pouco se alterou em relação ao Código Penal imperial. Apenas em 1903, a partir do Decreto nº 123, de 23 de dezembro de 1903, (SOUZA; CARDOSO, 2006, p. 34) proibiu-se manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos comuns, sendo o primeiro manicômio judiciário instalado nesse período. De acordo, Souza e Cardoso informam que “Em 1921, instalou-se, no Rio de Janeiro, o primeiro manicômio judiciário. A criação dessa instituição foi fruto da pressão da sociedade da época, da imprensa e da própria comunidade médica e psiquiátrica de então” (SOUZA; CARDOSO, 2006, p. 34).

Entretanto, enquanto vários países debatiam e encontravam propostas para enfrentar o evidente fracasso do modelo manicomial, o Brasil, no início da década de 60, implantava a prática de internação psiquiátrica como lugar privilegiado da atenção em saúde mental. Em reforço de tal assertiva, Cerqueira, pioneiro da Psiquiatria Social no Brasil, nos relata o seguinte:

Em 1950 tínhamos 0,41 internados por 1000 habitantes; 0,82 em 1970. Enquanto a população geral aumentou 82% em 20 anos, a população do hospital psiquiátrico aumento 213%, apesar do advento de psicotrópicos (...). A prova de que a única alternativa de tratamento ainda é a internação, temo-la no fato de que em 1970 foram internados 18 930 neuróticos (3166 nos

⁷ Sobre esse processo, segue trecho de Lycurgo: “Contra o deshumano tratamento imposto aos alienados protestaram com freqüência os médicos do Rio de Janeiro, principalmente os estrangeiros (como Sigaud e De Simoni) e os nacionais formados na Europa, conhecedores todos dos novos métodos preconizados por Pinel em fins do século 18. E a campanha por eles encetada culminou na ereção do primeiro hospício de alienados no Brasil, efetuada no Rio de Janeiro em 1852. Seguindo o exemplo da Côrte, a Misericórdia manteve em Recife um pavilhão isolado, no Hospital de Pedro II, para o tratamento dos alienados; na Baía fundou-se em 1874 o asilo de São João de Deus e em São Paulo o governo instalou numa casa, em 1852, um pequeno asilo para doentes mentais. Em Niterói, contruiu-se o “Hospício anexo ao Hospital de S. João Batista” (foram médicos desse hospício, entre outros, os drs. João Francisco de Souza e Domingos Jaci Monteiro Júnior). Nas demais cidades e vilas, até o fim do Império, os doidos continuaram sendo recolhidos às cadeias ou às Santas Casas. Apesar da construção desses “hospícios”, manda a verdade que se diga que a neuro-terapêutica continuou, no século passado, limitada à segregação e à coerção. A assistência verdadeira aos psicopatas só teve início, no Brasil, depois do advento do regime republicano”. SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro, **op. cit.**, p. 356-357.

⁸ Discurso de S. M. o Imperador, de 18 de Julho de 1841.



hospitais públicos e 15766 nos particulares), estimando-se seu tempo médio de permanência em cerca de 2 meses (CERQUEIRA, 1984, p. 87-88).

Apenas em meados dos anos 80, com a Reforma Sanitária (na qual se enquadra a Reforma Psiquiátrica), orientada pelos programas da Organização Mundial da Saúde (OMS), tal como o Atenção primária e saúde para todos no ano 2000, (GUIMARÃES; TAVARES, 1994, p. 79) inicia-se uma mudança na prática de internação. Essa apresentou a necessidade de reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica.

Assim, o Ministério da Saúde continuou procurando medidas que revertessem a situação de falta de estrutura e internações desnecessárias, diversificando os procedimentos remunerados pelo SUS, adotando padrões mínimos para o funcionamento de seus serviços e procurando adotar práticas de assistência extra-hospitalar. Dessa forma, tornou-se possível a existência de uma rede de atenção de saúde mental, o que descaracterizou a internação como único meio existente e para onde era destinado o maior volume de verbas públicas, aliviando em parte o grande número de internações (DIAS, 1997, p. 60-70).

Apesar destes fatores positivos, é preciso, no entanto, ressaltar as conseqüências negativas da política adotada com o movimento de Reforma Psiquiátrica. Prescrevendo a extinção progressiva de leitos em manicômios e hospitais psiquiátricos, a lei corporificadora da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal nº 10.216) não previu formas de imposição ao poder público de criação de novos leitos em hospitais gerais, substitutivos daqueles outros que foram extintos, ou de investimentos nas práticas de cunho extra-hospitalar. Assim, foram retiradas centenas de leitos sem haver a contrapartida de investimentos públicos na realização de programas de reinserção social do alienado,⁹ tais como o De Volta Para Casa, que contempla em todo o território nacional apenas 3000 pacientes, ou na criação de novos leitos em hospitais gerais.

Não se supre, portanto, a necessidade de acolhimento da população de doentes mentais com um número adequado de locais para atendimento extra-hospitalar, o que resulta em uma enormidade de pacientes absolutamente sem atendimento. Se os hospitais psiquiátricos são multados pelo não-fechamento de leitos, preconizado na Reforma Psiquiátrica, com certeza o mesmo não ocorre em relação ao governo e à Administração Pública pela não-abertura de leitos em hospitais gerais ou pela falta de investimentos em práticas extra-hospitalares de tratamento dos transtornados mentais. Tal estado de coisas tem levado a conseqüências funestas, entre as quais se pode apontar o aumento expressivo no número de mortes de doentes mentais e comportamentais.¹⁰

⁹ “A economia que o governo brasileiro fez nos últimos 18 anos, ao fechar cerca de 80% dos leitos psiquiátricos — de 120 mil leitos em 1989 para 38,8 mil em 2007 — não tem sido aplicada no atendimento a doentes mentais. Um estudo da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) aponta que, neste período, houve corte de dois terços da verba — o equivalente hoje a cerca de R\$ 2 bilhões por ano. O investimento, que era 5,8% do orçamento do Ministério da Saúde em 1995, caiu para 2,3%, em média, nesta década. Em 2006, a saúde mental recebeu R\$ 943.000, 2,04% do orçamento do ministério”. AGGEGE, Soraya. Em 18 anos, cortes com atendimento a pacientes chegaram a R\$2 bilhões. **O Globo**. São Paulo, p. 15, 9 de dezembro de 2007.

¹⁰ “O dado mais aterrador é do próprio Ministério da Saúde: o número de mortes de doentes mentais e comportamentais cresceu 41% nos últimos cinco anos, como mostram dados inéditos obtidos com exclusividade pelo GLOBO. Foram 9.398 doentes mentais mortos em 2006, contra 6.655 em 2001. No mesmo período, um quarto dos leitos psiquiátricos do país foi fechado, sem que fossem criados serviços substitutos suficientes”. AGGEGE, Soraya. Sem hospícios, morrem mais doentes mentais. **O Globo**. São Paulo, p. 14, 9 de dezembro de 2007.



II.2. Efeitos da legislação internacional na realidade brasileira.

O Brasil, com a implantação dos manicômios, na década de 20, ainda utiliza este sistema de abrigo para os doentes mentais. Desde a década de 40, no entanto, o país adotou o movimento de desinstitucionalização italiano, que teve como principal expoente Franco Basaglia, objetivando:

Eliminar os meios de contenção presentes no tratamento; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso da palavra e dos objetos pessoais; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; restituir os direitos civis, eliminando a coação, as tutelas judiciais e o estatuto da periculosidade (VASCONCELOS, apud DIAS, 1997, p. 46).

Isso foi positivo para o Brasil, visto que indicou possibilidades de se realizar um tratamento que não reproduzisse as relações manicomialis. No entanto, o movimento italiano influenciou apenas alguns estados brasileiros, tais como Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, Distrito Federal, Espírito Santo, Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Norte. Além disso, é apenas com a Reforma Psiquiátrica, orientada pelos programas da OMS, como já afirmado, ou seja, apenas na década de 80, que tal movimento ganha corpo no meio jurídico nacional e regional (MINISTÉRIO da Saúde, 2004).

Primeiro passo nesse sentido, ainda que audacioso demais, foi o Projeto de Lei nº 3.657, assinado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG) e submetido em 12/09/1989 ao Congresso Nacional. Apresentado em 1991 à Comissão de Constituição e Justiça, foi derrotado por 23 votos a 4. No entanto, o texto aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal e sancionado pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, em 06 de abril de 2001, teve como base o projeto original e a versão final modificada do substitutivo do senador Sebastião Rocha, resultando na Lei Federal Nº 10.216, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, em substituição a legislação específica de 1934. Interessante se faz, para os fins deste trabalho, a transcrição de alguns dos artigos da lei de 2001:

Art. 2º, 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;**

(...)

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

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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



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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, **será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida,** sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Percebe-se, na leitura dos artigos transcritos, ser característico da Lei Federal em questão, além da regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e do posicionamento contrário ao modelo manicomial, o incentivo à prática terapêutica de reinserção do transtornado “na família, no trabalho e na comunidade” (art. 2º, parágrafo único, II), a ser realizada, preferencialmente “em serviços comunitários de saúde mental” (art. 2º, parágrafo único, IX) “pelos meios menos invasivos possíveis” (art. 2º, parágrafo único, VIII). Assim, ganham força os meios extra-hospitalares de terapia, na busca pela reinserção civil e política dos alienados, na recriação dos laços objetivos e subjetivos que no passado, talvez, o vincularam à comunidade da qual se encontra alheado.

Outra inovação extremamente relevante, e que contraria prática anterior fortemente influenciada pelo positivismo sociológico já abordado (em que se supervaloriza o poder do psiquiatra, sujeito dotado do máximo poder de certeza científica, frente ao “objeto” de seus estudos, a pessoa com transtornos mentais), está em conferir ao juiz poder de interferência para decidir ou não pela internação compulsória, caso essa tenha sido solicitada pelo médico competente. Anteriormente, importante ressaltar, era válido o seqüestro manicomial de qualquer pessoa que tenha sido diagnosticada como portadora de transtorno mental. Em sentido contrário à prática até então vigente, pois, o seguinte dispositivo da Lei Federal 10.216:

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.

Dessa forma, apesar da Constituição Brasileira de 1988 ter enunciado conquistas de direitos de cidadania de vários segmentos da população, existe certo consenso a respeito do fracasso do modelo manicomial ainda aplicado e da necessidade de conquista de direitos por parte daqueles que padecem um tipo de sofrimento psíquico. É a fim de suprimir tal lacuna de efetividade e de previsão constitucional específica que se promulga a Lei Federal supramencionada. Contudo, para ocorrer a mudança necessária, não basta estabelecer um dever-ser, sendo preciso trabalho no sentido previsto pela norma, no tornar concreto e existente aquilo que foi prescrito pelo atual ordenamento jurídico: despender tratamento condizente à personalidade de que se revestem todos, inclusive aqueles padecentes de transtornos mentais.



Capítulo III – Âmbito rio-grandense

III.1. História da Psiquiatria Legal no plano rio-grandense

No século XIX, a preocupação com a saúde mental não era uma prioridade do estado rio-grandense. A assistência aos doentes era precária e feita na Santa Casa de Misericórdia (DEBRET apud SANTOS FILHO, 1947, p. 348). Os tratamentos eram praticados por leigos e religiosos, visto que os médicos eram poucos e, geralmente, atendiam as classes mais ricas. Assim, muitas vezes a caridade era mais importante do que o próprio tratamento, tanto que uma das figuras com maior destaque era o “capelão da agonia”, personagem que se preocupava majoritariamente em atender as necessidades dos moribundos, (SANTOS FILHO, 1947, p. 339) ainda que médicos altruístas também desenvolvessem atividades nesse sentido.

A história da trajetória do tratamento do doente mental no estado do Rio Grande do Sul segue o mesmo caminho da ocorrida em outros estados. Era recolhido às prisões, mantido em cárcere privado ou recolhido pela caridade pública aos porões das Santas Casas. Segundo Lycurgo, justamente “Hospícios só foram construídos nas maiores cidades, de meados do século XIX em diante” (SANTOS FILHO, 1947, p. 342).

Em 1884, foi inaugurado, mesmo incompleto, o Hospício São Pedro, em Porto Alegre, o que só ocorreu depois de muita pressão por parte da sociedade gaúcha. Seu primeiro diretor, Dr. Carlos Lisboa, permaneceu apenas dois anos no cargo, e os diretores que o sucederam eram figuras de expressão política, os quais também tiveram mandatos curtos. No entanto, diferentemente do ocorrido no Rio de Janeiro, o asilo não ficou sob controle da Santa Casa, pois foi criada uma fundação para administrá-lo. Com a nomeação do Dr. Jacintho Godoy, o Hospício São Pedro recebeu forte influência psiquiátrico-legal francesa e adquiriu características de hospital de alienados, como dormitórios e locais para reuniões e descontração, por exemplo (SOUZA; CARDOSO, 2006, p. 36-37).

Posteriormente, com o decreto nº 3.455, de 4 de abril de 1925, o governo do Estado do Rio Grande do Sul criou o Manicômio Judiciário, o segundo estabelecimento desse gênero a ser fundado no país, tendo sido o primeiro o do Rio de Janeiro. O modelo escolhido foi o inglês, sistema asilo-especial, um estabelecimento exclusivamente para doentes mentais que cometeram delitos, longe dos criminosos e dos doentes mentais asilados. Inicialmente, ele foi inaugurado, provisoriamente, em um pavilhão do então Hospício São Pedro, ainda em 1925. Seu funcionamento iniciou com 13 pacientes idosos, já internados no Hospício São Pedro há muitos anos (SOUZA; CARDOSO, 2006, p. 33).

O Manicômio Judiciário, ao ser criado, era uma estrutura hospitalar autônoma. Mais tarde, com a fundação da Diretoria de Assistência a Alienados, a qual foi conferida à superintendência técnica administrativa dos hospitais São Pedro e Manicômio Judiciário, o segundo ainda continuou a manter sua autonomia. No entanto, em 7 de dezembro de 1937, um Decreto Estadual, de nº 6.880, subordinou o Manicômio Judiciário à chefatura de Polícia, repassando-o a uma seção de presídios e anexos. Assim, segundo o Dr. Jacintho Godoy, este processo retirou o aspecto inicial de hospital judiciário da instituição que por ora abordamos, igualando-o a um presídio de jurisdição policial, prejudicando o doente mental e o transformando em recluso (GODOY, 1955).



Em 1940, no entanto, é criado o Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso,¹¹ único órgão existente no estado do Rio Grande do Sul que atende integralmente as necessidades exigidas pelo judiciário em relação aos doentes mentais que cometeram delitos (SOUZA; CARDOSO, 2006, p. 39). Encontra-se vinculado, atualmente, à Secretaria de Justiça e de Segurança, sendo, portanto, limitado o seu funcionamento por essa instância administrativa do Estado.

A partir de então, o Rio Grande do Sul caracterizou-se por seu adiantado avanço em matéria de legislação respeitante a direitos das pessoas com transtornos mentais. Vale ressaltar que, enquanto no país instaurava-se o processo para apreciação, pelo Congresso Nacional, do Projeto de Lei nº 3.657, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que data de 1989 e é representativo de movimento nacional antimanicomial que somente resultou em promulgação de lei no ano 2001, com a Lei Federal nº 10.216, no plano rio-grandense já em 7 de agosto de 1992 se legislou sobre o ponto, com a chamada Lei de Reforma Psiquiátrica Estadual (Lei Estadual nº 9.716).

Esta lei versava sobre a mesma matéria que posteriormente veio a ser corporificada na Lei Federal supramencionada, ou seja, “reorientação do modelo assistencial em saúde mental, deslocando a assistência do hospital psiquiátrico para uma rede de serviços de atenção integral à saúde mental, de base comunitária”,¹² passando a vigor aproximadamente 9 anos antes do que o análogo diploma nacional, já devidamente analisado em capítulo anterior. Desta forma, conforme Nardi e Ramminger:

[...] o Rio Grande do Sul foi a primeira unidade federativa brasileira a ter uma lei com esta finalidade, sendo seguido por outros sete estados em sua iniciativa, até que o processo fosse legitimado nacionalmente com a aprovação, somente em 2001, da Lei Nacional (NARDI; RAMMINGER, 2007, p. 267).

III.2. Orientações legislativas nacionais e internacionais e realidade prática estadual

Atualmente, a legislação do estado do Rio Grande do Sul pertinente ao tratamento dos doentes mentais está passando por um processo de transformação. Isto se deve ao fato da aplicação da Lei de Reforma Psiquiátrica Estadual (LRP), promulgada no ano de 1992 no estado. Essa lei teve alguns de seus princípios baseados, a nível internacional, em uma das diretrizes da Declaração de Caracas, a qual define que: “as legislações dos países devem ajustar-se de modo a assegurar o respeito dos direitos humanos e civis dos doentes mentais”.¹³ Todavia, a LRP também se baseou no Princípio das Liberdades Fundamentais e Direitos Básicos,¹⁴ documento já citado anteriormente.

Um dos principais pontos desta Lei, de nº 9.716 e de 7 de agosto de 1992, se refere ao modelo de assistência em saúde mental que deverá ser integrado na rede de saúde pública, superando um modelo centrado no hospital psiquiátrico. Inclusive, nela consta que:

¹¹ Godoy é convidado para inaugurar as recentes instalações do Manicômio Judiciário, inscrevendo o nome de Maurício Cardoso, famoso jurista, como patrono da nova casa.

¹² NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. In **Physis**: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2007, p. 266-267.

¹³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, *Declaração de Caracas*, 14 – 17 de novembro de 1990.

¹⁴ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, **Princípios para a proteção de pessoas com enfermidade mental e para a melhoria da assistência à saúde mental**, 17 de dezembro de 1991.



[...] dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.

Nesse sentido, importante transcrever alguns de seus dispositivos. O primeiro deles, o art. 1º, prevê claramente a impossibilidade de internações psiquiátricas sem o devido processo legal, com todas as suas garantias processuais, para que se possa julgar devidamente pela necessidade ou não de internar-se aquele apontado como transtornado mental. Segue:

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

Ainda é importante transcrever outro dispositivo, desta mesma lei, de igual inovação em território estadual e nacional:

Art. 2º - **A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social**, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares

Entretanto, embora esta orientação tenha o intuito de estabelecer um melhor atendimento ao paciente com transtornos mentais, está longe de ser concretizada na prática, devido à insuficiência de recursos destinados pelo poder público para efetivação das prescrições analisadas. O dispositivo encontra, por isso, uma barreira nos donos de hospitais e corpos clínicos, muitos dos quais acreditam que o sistema manicomial é a melhor alternativa de tratamento, consideradas as circunstâncias, como também na falta de leitos em hospitais gerais e de preparo médico nesses espaços.

Assim, faz-se necessário estabelecer um equilíbrio entre as orientações da LRP e o sistema ainda vigente na prática, objetivando adequar o padrão atual e, fundamentalmente, propiciar a melhora das condições de vida dos doentes mentais rio-grandenses e sua reinserção na sociedade. Isso se torna possível na medida em que ocorra uma inter-relação entre o sistema institucional e extra-institucional. Neste sentido, um exemplo é o Acompanhamento Terapêutico (AT), fundamentado na idéia de que o doente mental necessita de auxílio não só quando inserido em uma instituição psiquiátrica, mas também quando em contato com a comunidade, na tentativa de propiciar-lhe novamente uma relação saudável com a cidade. Esclarecendo, segue Palombini:

O AT, referenciado na psicanálise, surge como modalidade clínica de interesse, na medida em que possibilita acompanhar o sujeito na sua circulação pela cidade, colocando-se como alternativa para a construção de um espaço transicional, uma zona de intermediação entre a referência institucional para esse sujeito e seu acesso à via e aos lugares públicos (PALOMBINI, 2004, p. 17).



Finalizando, e corroborando a linha do presente trabalho, ainda Palombini:

(...) a clínica da psicose, na atualidade, tem implicado uma transposição do espaço imóvel e fechado do hospital para o terreno vivo, múltiplo e cambiante da cidade, impondo à prática profissional em saúde mental o esforço de buscar pontos de articulação entre os modos de experiência social do espaço e do tempo e a constituição espaço-temporal própria à condição psíquica da psicose. A hipótese formulada é de que a modalidade clínica do AT pode favorecer o surgimento de pontos de contato entre a referência institucional para o psicótico e o seu acesso à via e aos lugares públicos (PALOMBINI, 2004, p. 23).

Conclusão

A LRP se traduz como um momento de ruptura com a forma de tratamento secular ao doente mental, no intuito de reverter o processo de exclusão social que este padece. Uma das formas de tornar essa transformação real é através da legislação, que no caso do Brasil é adequada à internacional, esta convencionada principalmente por organizações supra-estatais, como a ONU,¹⁵ além de por tratados interestatais. O Rio Grande do Sul é uma exceção dentre os Estados-membros da nação, visto que apresenta leis modernas e conformes às diretrizes nacionais e internacionais.

Entretanto, apesar do avançado ordenamento jurídico, ainda não se concretizou o que prescrito está nas normas estaduais em questão, pois, como se viu no decorrer da explanação, apresenta o dito estado sérios problemas de ordem prática. É considerando tal circunstância que se faz necessária a busca por alternativas terapêuticas extra-institucionais de custo razoável, adequadas às diretrizes internacionais e de evidente caráter dignificante da pessoa humana. Interessa valorizar, neste sentido, as modalidades de atendimento previstas na LRP, como o AT, complementares aos hospitais psiquiátricos e que vêm a decompor a lógica manicomial na tentativa direta de reinserir o alienado na comunidade humana da qual se desgarrou.

Tudo isso, contudo, não se faz possível sem políticas públicas destinadas à promoção dos objetivos previstos na LRP, daí o porquê de entender-se a resistência daqueles médicos que, dignamente, preferem a aplicação do modelo manicomial à atual concreção pura da lei. Essa não realiza prescrição suficiente para que o poder público efetive a reinserção social do alienado, já que nela não estão previstas punições pela inércia do governo e Administração Pública em investir o necessário para modificação dos métodos de tratamento dos doentes mentais e para a criação de novos leitos em hospitais gerais, em substituição aos leitos que vêm sendo gradualmente fechados em hospitais psiquiátricos e manicômios.

Com a falta de interesse governamental e de tutela jurídica na defesa das pessoas com transtornos mentais, nada mais esperado do que a negação, a essas, de qualquer espécie de tratamento, o que as levaria à marginalidade e produziria um quadro de indiferenciação dos doentes mentais que cometem ilícitos em relação aos criminosos comuns, trazendo a volta de uma antiga prática através da qual loucos e criminosos eram presos indiscriminadamente. Essa, aliás, já vem se tornando uma realidade.

¹⁵ Entre outras decisões, a ONU, em 1991, adotou os *Princípios para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*, explicitando no *Princípio das Liberdades Fundamentais e Direitos Básicos*, que toda pessoa com uma enfermidade mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.



Bibliografia

AGGEGE, Soraya. Em 18 anos, cortes com atendimento a pacientes chegaram a R\$2 bilhões. **O Globo**. São Paulo, p. 15, 9 de dezembro de 2007.

_____. Sem hospícios, morrem mais doentes mentais. **O Globo**. São Paulo, p. 14, 9 de dezembro de 2007.

AMARANTE, P.. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BECCARIA, Cesare Bonesana. **Dos delitos e das penas**. 2. ed. rev., trad. de J. Cretella Jr. e de Agnes Cretella. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. São Paulo: ATHENEU, 1984.

COHEN, C; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M.. **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: USP, 1996.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **Os (des)caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do Sul: uma análise da implantação da lei de reforma psiquiátrica**. Porto Alegre: PUCRS, 1997.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na época clássica**. São Paulo: Graal, 1981.

GODOY, J. , **Psiquiatria no Rio Grande do Sul**, Porto Alegre: edição privada, 1955.

GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

MINISTÉRIO da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. In **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2007, p. 265-287.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História da medicina no Brasil: do século XVI ao século XIX**. São Paulo: Brasiliense, 1947, v. 1.

SOUZA, Carlos Alberto Crespo de (Org.); CARDOSO, Rogério Götttert (Org.). **Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

TABORDA, José Geraldo Vernet. Psiquiatria legal. In: José Geraldo Vernet Taborda; Pedro Prado-Lima; Ellis D'Arrigo Busnello... [et al.]. **Rotinas em psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 280-296.



