



Da desassistência à conquista de direitos: breve abordagem da legislação brasileira sobre pessoas portadoras de sofrimento mental

From disassistance to the conquest of rights: brief approach to brazilian legislation on people with mental suffering

Thainá Carolina Mathias¹

Universidade do Contestado (UnC) - Canoinhas/SC
thainacmath@gmail.com

Paulo Silas Taporosky Filho²

Universidade do Contestado (UnC) - Canoinhas/SC
paulosilasfilho@hotmail.com

OBJETIVO: O presente artigo tem como proposta identificar nas principais legislações federais brasileiras o modo de tratamento das pessoas portadoras de sofrimento mental para verificar se houve evolução na assistência desde quando das primeiras leis sobre o tema.

MÉTODO: O método de abordagem utilizado foi o indutivo e organizou os dados em três períodos: Brasil Colonial, Brasil Imperial e Brasil República - dados esses levantados por revisão bibliográfica.

RELEVÂNCIA/ORIGINALIDADE: Tem-se na presente pesquisa uma análise pormenorizada da evolução legislativa brasileira com relação a tratativa do Estado para com as pessoas portadoras de sofrimento mental, residindo justamente nesse ponto a relevância do artigo, uma vez que a abordagem abrange desde o período colonial até a atualidade, possibilitando traçar um comparativo do progresso com relação ao trato do tema.

RESULTADOS: A conclusão é a de que durante os dois primeiros períodos da história e parte do Brasil República o tratamento da pessoa portadora de sofrimento mental foi marcado por exclusão, ausência de direitos e privação da liberdade. No entanto, o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o projeto de lei 3.657/1989 influenciaram na propositura de um novo modelo de assistência e, apesar de negado o projeto inicial, culminou na aprovação da Lei

* **Editor:** Prof. Dr. Flávio Quinaud Pedron. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4259444603254002>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4804-2886>.

¹ Bacharel em Direito pela UnC. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1184528135407870>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8119-959X>.

² Mestre em Direito pelo UNINTER. Especialista em Ciências Penais pela UNIDERP. Membro da RDL. Professor do curso de Direito do UNINTER e da Unc. Advogado. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1675845888518866>. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2812-1547>.

10.216/2001.

CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS/METODOLÓGICAS: Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a legislação passou a prever direitos e mudou o tratamento e o modo de inserção destas pessoas na sociedade por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (RAPS).

PALAVRAS-CHAVE: Sofrimento mental. Reforma psiquiátrica. Legislação brasileira.

OBJECTIVE: The purpose of this article is to identify in the main Brazilian federal laws the way of treating people with mental suffering to verify whether there has been an evolution in assistance since the first laws on the subject.

METHOD: The approach method used was inductive and organized the data in three periods: Colonial Brazil, Imperial Brazil, and the Brazil Republic - data collected by bibliographic review.

RELEVANCE / ORIGINALITY: In this research we have a detailed analysis of the Brazilian legislative evolution concerning the State's dealings with people with mental suffering, precisely in this point the relevance of the article, since the approach extends from the colonial period to the present, making it possible to draw a comparison of progress to dealing with the topic.

RESULTS: The conclusion is that during the first two periods of history and part of Brazil Republic the treatment of the person with mental suffering was marked by exclusion, absence of rights, and deprivation of liberty. However, the Psychiatric Reform Movement and Bill 3.657/1989 influenced the proposition of a new model of assistance and, despite the denial of the initial bill, culminated in the approval of Law 10.216/2001.

THEORETICAL / METHODOLOGICAL CONTRIBUTIONS: Known as the Psychiatric Reform Law, the legislation started to provide for rights and changed the treatment and the way of insertion of these people in society through the Centers for Psychosocial Care (CAPS) and Residential Therapeutic Services (RAPS).

KEYWORDS: Mental suffering. Psychiatric reform. Brazilian legislation.

SUMÁRIO: INTRODUÇÃO; 1 O MODO DE TRATAMENTO DAS PESSOAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL COLONIAL; 2 O MODO DE TRATAMENTO DAS PESSOAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL IMPERIAL; 3 O MODO DE TRATAMENTO DA PESSOA PORTADORA DE SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL REPÚBLICA; 3.1 O movimento da reforma psiquiátrica; 3.2 O projeto de Lei n.º 3.657/1989; 3.3 A Lei n.º 10.216/2001; CONSIDERAÇÕES FINAIS; REFERÊNCIAS.

SUMMARY: INTRODUCTION; 1 THE MODE OF TREATMENT OF PEOPLE WITH MENTAL SUFFERING IN COLONIAL BRAZIL; 2 THE METHOD OF TREATING PEOPLE WITH MENTAL SUFFERING IN IMPERIAL BRAZIL; 3 THE WAY OF TREATING THE PERSON WITH MENTAL SUFFERING IN BRAZIL REPUBLIC; 3.1 The psychiatric reform movement; 3.2 The Bill of Law No. 3,657 / 1989; 3.3 Law No. 10,216 / 2001; FINAL CONSIDERATIONS; REFERENCES.

▪ INTRODUÇÃO

Se atualmente a questão que diz respeito aos que padecem de algum sofrimento ou moléstia mental no que tange a tratativa dada pelo Estado e pela sociedade comporta um espaço mais amplo para o debate social, certo é que nem sempre foi assim. Não que atualmente a questão esteja resolvida de todo, razão pela qual se faz sempre necessário lembrar e promover ações que propagam as bases e afirmativas da luta antimanicomial. Mas muito mudou na história desde quando a tratativa para com aquele que por muito se considerou “louco” passou a ser considerada com mais atenção.

As concepções pelas quais se constituiu a loucura na sociedade diz muito sobre a própria sociedade, uma vez que “o julgamento social e a forma como as políticas públicas são vistas atualmente correspondem à imagem cultural e social de seu povo” (SILAS FILHO; ZUCCO, 2019), pelo que “se olharmos para a história da loucura, facilmente perceberemos como os seus critérios de definição alternaram-se, exatamente como se modificou o modo de perceber o louco em cada sociedade particular” (FERRAREZE FILHO, 2021, p. 36). Daí que voltar a atenção para essas mudanças para melhor se compreender o estado atual das coisas é medida necessária.

Diversos paradigmas já formaram o entendimento sobre a ideia de loucura: “Da possessão demoníaca à doença mental, a loucura historicamente foi constituída por diversas concepções negativas, tecidas por enunciados repletos de preconceitos, estigmas e estereótipos” (PEDRO, 2020, p. 449). Essas pechas permanecem até hoje, por mais que muitas vezes veladas, ensejando no avanço com cada vez mais ênfase da discussão temática.

O presente artigo busca fazer uma breve abordagem histórica sobre como o Brasil tratou, via legislação, a questão da loucura desde quando do período colônia. Não se trata de um trabalho histórico, antes, tem-se aqui a exposição da evolução legislativa brasileira no que diz respeito à regulamentação das instituições voltadas ao tratamento do sujeito considerada como “louco” (portadoras de sofrimento mental). A pretensão, portanto, é a de apontar, de forma sintética, de que modo o Brasil tratou a questão da “loucura” desde os seus primórdios até o período atual pós-reforma antipsiquiátrica, pelo que, por meio das legislações consultadas e aqui apresentadas, pode-se ter um aparato geral da evolução normativa do objeto da

presente pesquisa.

A partir dessa exposição, pretende-se analisar, sob o ponto de vista normativo, se houve evolução (não apenas no sentido natural, mas também enquanto progresso efetivo) na assistência do Estado para com relação aos sujeitos que por muito se designou como sendo “loucos”.

O caminho percorrido para tanto se estabeleceu pela divisão do Brasil em períodos, pelo que em cada qual se expõe a legislação pertinente vigente à época. Assim, o modo de tratamento das pessoas portadoras de sofrimento mental no Brasil colônia é o primeiro ponto de análise nesse sentido. Em seguida, o Brasil imperial passa a ser analisado no âmbito de sua regulamentação normativa sobre a temática discutida. O Brasil república é o último ponto analisado, observando os seus primórdios no que tange ao tema (legislação sobre a “loucura”) até chegar no paradigma atual da luta antimanicomial, pelo que, por ser essa a base atualmente vigente, pode-se considerar um sentido positivo de evolução, em que pese falte ainda muito para se avançar sobre a questão.

1 O MODO DE TRATAMENTO DAS PESSOAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL COLONIAL

No Brasil colonial, quando o sistema jurídico que governava o Brasil era as Ordenações Portuguesas, aquele que apresentasse alguma enfermidade mental era denominado de “louco”, “demente”, “desassisado”³, “sandeu”, “mentecapto”⁴, “furioso” ou “desmemoriado”⁵. Segundo o Livro IV, título 103 das Ordenações Filipinas, estes indivíduos se viam tolhidos da administração de seus próprios bens, cabendo a família tutelar o parente doente e suas posses. Caso os familiares julgassem necessário, podiam privá-los da liberdade para que não oferecessem perigo para outras pessoas (PORTUGAL, 1595*).

De acordo com Juliano Moreira (2011), a condição financeira era o que ditava a forma de tratamento da pessoa portadora de sofrimento mental. Aqueles com maiores posses, caso fossem considerados tranquilos, eram tratados em domicílio ou enviados para a Europa, por decisão dos parentes ou por indicação médica. Para

³ Que falta o siso e juízo, o louco completo (PORTUGAL, 1595).

⁴ Que falta o entendimento.

⁵ A ausência de memória, o esquecido, propriamente o idiota, o demente.

aqueles que apresentavam comportamento agitado, o destino era algum cômodo separado, onde ficavam soltos ou amarrados, a depender da intensidade da agitação. Quando as crises fugiam do controle, algumas famílias transferiam a responsabilidade do cuidado do ente enfermo para às Santas Casas de Misericórdia, onde lá eram internados (ENGEL, 2001).

Já as pessoas portadoras de sofrimento mental pertencentes as famílias de classe menos favorecida, se não apresentassem algum comportamento perigoso, permitia-se que esses ficassem livres vagando pelas cidades. Por sua vez, os que oferecessem risco para a população eram enviados às prisões, reconduzidos para as famílias ou encaminhados para as Santas Casas de Misericórdia (ENGEL, 2001), onde sofriam maus tratos - ficavam presos em correntes nos porões em meio a insetos e roedores, passando fome e frio (COSTA, 2003).

Constata-se que, no início do século XIX, a presença do portador de sofrimento mental estava incorporada as paisagens urbanas do Rio de Janeiro (ENGEL, 2001), presentes nos espaços públicos, pois, como relata Sigaud (2005), despertavam na população sentimentos de compaixão, atos de caridade ou eram vítimas da zombaria dos transeuntes. Se já eram numerosos nesta época, a população considerada insana passou a multiplicar-se após o desenvolvimento urbano da cidade do Rio de Janeiro e aumento da população, fator esse tido como consequência da vinda da corte portuguesa para o Brasil. Cresceu também nesse período o número de pessoas portadoras de sofrimento mental nas prisões e Santas Casas de Misericórdia (MOREIRA, 2011).

As Santas Casas de Misericórdia eram instituições filantrópicas e religiosas e, apesar de existirem desde 1543, muitas delas funcionavam sem a presença de médicos que atendessem os pacientes da instituição, logo, tinham mais uma função de amparo social do que de assistência médica (RIBEIRO, 1999). Eram instituições pertencentes à Igreja Católica e tinham caráter asilar, cabendo às freiras a missão de prestar assistência (COSTA, 2003).

De acordo com Bastos (2007), as pessoas portadoras de sofrimento mental eram colocadas nos andares logo abaixo de onde habitualmente ficavam os portadores de cólera. Simples assoalhos de tábuas sem forro os separam dos doentes do hospital, ficando sujeitos a contaminações de incontáveis moléstias e, continuamente, expostos aos ruídos dos pacientes e funcionários que se encontravam no piso superior.

Ainda na repartição, encontrava-se um meio comum de repressão e castigo: um tronco de madeira onde, durante o dia, amarravam os escravos da Santa Casa que incorriam em alguma falha e, durante a noite, imobilizavam os enfermos mentais que passavam por quadros de delírio, sob a justificativa de este ser um meio para aquietá-los (MOREIRA, 2011).

2 O MODO DE TRATAMENTO DAS PESSOAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL IMPERIAL

No ano de 1830, surgiu o primeiro protesto público contra essas barbáries vindo da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, o qual reivindicou por modificações no modo de distribuição, tendo em vista que não havia a separação de acordo com a enfermidade mental, pela higiene dos internos e do local, pelos meios de tratamento adotados e postulou pela criação de um asilo especial (JOBIM; SILVA; SANTOS, 1831). Depois de alguns anos, sem que tomassem providências, a Comissão da Câmara Municipal reforçou as reclamações (MOREIRA, 2011).

Além do tronco, utilizavam camisas de força, prisões em quartos fechados e diminuição de comida, medidas desumanas criticadas por Antônio Luiz da Silva Peixoto (2013) - conforme evidenciou em sua tese intitulada “Considerações gerais sobre alienação mental”, apresentada no ano de 1837 perante a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Este seria o primeiro trabalho acadêmico que abordaria a alienação mental (ENGEL, 2001).

Dois anos mais tarde, respondendo as críticas de Antônio Luiz da Silva Peixoto, Luiz Vicente De-Simoni publicou o artigo “Importância e necessidade de criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento de alienados”. De-Simoni, que era médico da Santa Casa de Misericórdia, também se mostrou contrário ao uso do tronco e clamou pela criação de um local apropriado para que os portadores de sofrimento mental da época pudessem viver e receber tratamentos dignos (DE-SIMONI, 2004).

Ainda neste ano, o provedor da Santa Casa de Misericórdia, apoiando os apelos de melhorias, afirmou no relatório da instituição a necessidade e urgência da tomada de providências. Decorrido dois anos deste relatório, no dia 15 de julho de 1841, remeteu ao ministro do Império um ofício expondo a necessidade de criação

de um hospital privativo que atendesse os internos da Santa Casa e colocou à disposição do Imperador a quantia de duas subscrições criadas para levantar recursos para a fundação do estabelecimento (MOREIRA, 2011).

Segundo Costa (2003), além das reivindicações de médicos e intelectuais, a pressão popular também cobrou providências do Estado Imperial, pois queria a população uma medida que tirasse de circulação os indivíduos considerados "inoportunos", já que consideravam o "louco" uma ameaça à segurança pública, logo, a única solução seria recolhê-los em um asilo.

Três dias depois, após o ofício encaminhado pelo provedor da Santa Casa de Misericórdia, Dom Pedro I assinou o Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841, dando início à fundação do hospital privativo para o tratamento de "alienados mentais", denominado Hospital de Pedro II, em anexo à Santa Casa de Misericórdia (BRASIL, 1841), o qual só foi inaugurado no ano de 1852, ano em que foi editado o Decreto nº 1.077, que aprovava e mandava executar os Estatutos do Hospício Dom Pedro II (BRASIL, 1852).

Luiz Salvador de Miranda-Sá (2007) diz que a construção do hospital destinado aos portadores de sofrimento mental deu origem a duas interpretações vindas dos historiadores: para os otimistas, a medida foi fruto da caridade cristã com o objetivo de atenuar o sofrimento e prestar solidariedade a estes indivíduos; para os pessimistas, o propósito era ocultar esta mazela da sociedade que tanto incomodava.

Um princípio que era defendido nesta instituição era o princípio do isolamento. Por meio da justificativa de que a família e a sociedade podiam ser a causa da loucura, o enfermo deveria ser internado e mantido longe do meio social. No entanto, o isolamento era prioritário para as pessoas portadoras de sofrimento mental que fossem de famílias pobres e dos que vagavam pelas ruas. Já quanto às pessoas portadoras de sofrimento mental, cuja família fosse rica, não podiam ser obrigadas por meio de uma lei a internarem seus entes, podendo optar entre o internamento ou manter o familiar enfermo junto a ela (MACHADO et al, 1978).

Segundo o decreto de fundação, o Hospício de Pedro II era destinado às pessoas portadoras de sofrimento mental de ambos os sexos, sem estabelecer distinção de condição, naturalidade e religião entre os internos. Com relação à admissão, determinava que os indigentes, os escravos de senhores que não tivessem condições de arcar com os custos do tratamento, os marinheiros de navios mercantes

e os irmãos da Santa Casa de Misericórdia que não tivessem condições de pagar poderiam ser admitidos na instituição de forma gratuita. Aqueles que pudessem manter os dispêndios do tratamento e os militares seriam admitidos como pensionistas e pagavam diárias que variavam de valor de acordo com a classe. Os pensionistas da primeira classe ficavam em quartos individuais, os da segunda classe dividiam o quarto com mais um enfermo e os da terceira classe ficavam em enfermarias gerais com mais internos (BRASIL, 1852).

O capítulo IV do decreto tratava do “serviço sanitário”, estabelecendo a forma como se daria a classificação dos internos. Eram divididos de acordo com o sexo e os pensionistas da primeira e segunda classe recebiam duas subdivisões, a primeira de enfermos tranquilos e a segunda de agitados. Já os alienados indigentes e pensionistas da terceira classe recebiam a seguinte subdivisão: a primeira consistia na de “tranquilos limpos”, a segunda de “agitados”, a terceira de “imundos” e a quarta de “afetados de moléstias acidentais” (BRASIL, 1852).

Apesar de o decreto mencionar em seu artigo primeiro o tratamento igualitário sem distinção de condição, enumerava outras formas de tratamento desiguais. Em seu capítulo V, determinava que os dormitórios e aposentos dos pensionistas da primeira e segunda classe seriam mobiliados e servidos com atenção a prestação pagas por eles. Diferente também era a refeição servida, sendo que a primeira e segunda classe, exclusivamente no jantar, tinham direito a maior variedade de alimentos (BRASIL, 1852).

Eram também admitidos modos de repressão como a privação de visitas e passeios, a diminuição de alimentos, a reclusão solitária por até dois dias, o colete de força com ou sem reclusão e os banhos de emborcação⁶ (BRASIL, 1852).

Canabrava et al (2010) constataram que o modo de tratamento visava somente a proteção social, sem se preocupar com o caráter curativo dos portadores de sofrimento mental. Eram isolados do meio social, não podendo receber sequer cartas sem que antes passassem ao crivo do clínico responsável pelo hospício. Além disso, eram vigiados constantemente, cabendo aos enfermeiros acompanhar os internos durante o dia e a noite e em todos os lugares, inclusive durante os banhos. Esta ideia de vigilância permanente era baseada no “princípio da inspeção” (RIBEIRO, 1999), dispositivo preventivo entendido como a necessidade da presença

⁶ Consistia no emprego esguichos d'água frio sobre o doente por meio de duchas horizontais, verticais e laterais (CHERNOVIZ, 1890).

constante daqueles encarregados pela supervisão, produzindo nos internos a sensação de estarem sendo observados e permitindo que se alcance o propósito do estabelecimento (BENTHAM, 2008).

O Hospício recebeu todos os alienados remetidos pelas autoridades públicas até o ano de 1862, momento em que, devido à superlotação, o provedor da Santa Casa de Misericórdia, Marquês de Abrantes, representou ao Governo Imperial e comunicou ao chefe de Polícia a impossibilidade de receber novos internos, pois novas admissões poderiam colocar em risco a saúde dos que lá se encontravam (MOREIRA, 2011).

A partir daí só haveria novas internações caso o provedor fosse ouvido, o que, segundo Juliano Moreira (2011), regrediu o progresso iniciado com a criação do hospício. Esta medida também resultou que as pessoas portadoras de sofrimento mental fossem abrigadas no Asilo de Mendicância e também nas prisões, ocasionando na superlotação da instituição que chegou a abrigar 350 internos, enquanto possuía capacidade para 200.

3 O MODO DE TRATAMENTO DA PESSOA PORTADORA DE SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL REPÚBLICA

Com a Proclamação da República, o Estado e a Igreja romperam os laços e, por meio do decreto, o Estado assumiu a gestão da assistência aos alienados e se transformou em um estabelecimento público independente, uma vez que o hospício foi desanexado das Santas Casas de Misericórdia (COSTA, 2003). Chamado a partir de então de Hospício Nacional de Alienados, manteve as disposições do estatuto 1.077 (BRASIL, 1890) até o dia 15 de fevereiro de 1890, quando entrou em vigor o Decreto nº 206-A, que aprovou as instruções para assistência médica a serem adotadas (BRASIL, 1890).

Outra inovação foi a criação de colônias anexas aos hospícios, que, segundo Canabrava et al (2010) tinha como principal propósito superar a lotação do Hospício Nacional e um interesse em instituir um novo modo de tratamento que seria baseado no trabalho, com base no argumento de que o labor os recuperaria. Todavia, as colônias eram exclusivas para os chamados alienados indigentes que tivessem condições de se dedicarem à exploração agrícola e às indústrias (BRASIL, 1890).

Consoante Amarante (2006), o trabalho era um dos mais importantes

instrumentos adotados para o tratamento moral. Por isso inúmeros hospitais-colônias foram criados em todo o Brasil e acabaram sendo responsáveis por uma grande parcela dos quase 100 mil leitos psiquiátricos existentes no final da década de 1980. Como exemplo tem-se a Colônia do Juquery, situada no estado de São Paulo, que chegou a acolher 16 mil internos.

Passados alguns meses, foi aprovado o Decreto nº 508 no dia 21 de junho de 1890, o qual possibilitou a implantação de biblioteca, a instalação de aparelhos de ginástica, de jogos e instrumentos musicais para a recreação dos internos (BRASIL, 1890). No entanto estas regalias eram permitidas somente para os internos pensionistas (ENGEL, 2001). A classe favorecida também tinha direito a duas visitas semanais, enquanto os internos indigentes podiam usufruir de uma única visita mensal e com licença do médico responsável (BRASIL, 1890).

Os indigentes também eram legalmente privados do direito sobre o próprio corpo, uma vez que deveriam obrigatoriamente ser submetidos a autópsia (ENGEL, 2001) - é o que se depreende do artigo 75 do decreto que estabelecia que "os cadáveres dos pensionistas só serão autopsiados com previa consentimento das famílias" (BRASIL, 1890).

Devido a uma série de situações, no ano de 1902, uma comissão composta por profissionais foi formada com o fim de efetuar um inquérito que apontasse as irregularidades do Hospício e indicasse soluções para saná-las. Como consequência foi nomeado um novo diretor para a Assistência Médico-Legal de Alienados, Juliano Moreira. Após assumir a direção e adiados seus inúmeros pedidos de reforma ao Hospício Nacional de Alienados, o diretor endereçou ao Ministro de Interior uma exposição de motivos para que este solicitasse ao Congresso a propositura de uma lei geral de assistência aos alienados, a qual deu origem, poucos meses depois, a um projeto de lei, sendo devidamente votado e sancionado (MOREIRA, 2011).

O decreto foi sancionado no dia 22 de dezembro de 1903 e, segundo Silva (2014), a nova legislação atualizou a terminologia adotada, passando a apresentar um caráter técnico, notando-se a presença das seguintes expressões "moléstia mental, congênita ou adquirida" e "enfermo de alienação mental".

De acordo com o artigo 1.º, seria internado no estabelecimento qualquer indivíduo que em virtude da sua condição mental, seja ela congênita ou adquirida, e que colocasse em perigo a ordem pública ou o a segurança dos cidadãos (BRASIL, 1903). O dispositivo rendeu, por parte de Engel (2001), considerações quanto à análise de duas questões: a identidade social destes indivíduos diagnosticados como

perigosos e a arbitrariedade das internações.

Após a análise de relatórios, não se obteve informações precisas quanto à origem social dos indivíduos reclusos nos asilos da Assistência Médico-Legal a Alienados. Porém, foram encontradas pistas que indicavam que os internos vinham dos setores pobres ou miseráveis do Rio de Janeiro, coincidentemente a mesma classe social internada no Hospital de Pedro II. Logo, todos aqueles que colocassem em risco a segurança das pessoas e a tranquilidade pública eram encaminhados para o hospício pela polícia. Consoante Engel (2001), os exames de alienação realizados pelo médico-legal da polícia foram importantes fontes para avaliar a proporção de indigentes internados no Hospício Nacional de Alienados, contabilizando mais de 10 mil internações e reinternações realizadas entre os anos de 1907 e 1916.

A segunda questão refere-se à arbitrariedade das internações, que revela o conflito que põe de um lado o Poder Judiciário e do outro poder psiquiátrico, os quais divergiam acerca dos procedimentos que deveriam ser adotados para avaliar a condição mental dos suspeitos de portar alguma enfermidade psíquica. Enquanto os médicos especialistas internavam um indivíduo com base na alegação de que este estava mentalmente são, o Tribunal concedia habeas corpus apto a garantir a liberdade individual contestando a forma em que a medida foi tomada. Esta discussão, inclusive, chegou a ser levada à Câmara dos Deputados (ENGEL, 2001).

No dia 14 de agosto de 1906, o deputado Teixeira Brandão solicitou um parecer da Câmara de Comissão e Justiça com o objetivo de impedir, dificultar ou atenuar os efeitos da garantia jurídica que vinha sendo concedida aos recolhidos em estabelecimentos destinados a alienados. Para o deputado, a medida era arbitrária, uma vez que desrespeitava a capacidade e a competência dos médicos e perturbava a segurança individual, a tranquilidade pública e o interesse das famílias. Ademais, justificou que a privação da liberdade de quem apresentasse alguma enfermidade mental era permitida por lei (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1906**).

Quanto às demais disposições, o Decreto nº 1.132, em seu artigo 9º, estabeleceu que em caso violência ou atentado ao pudor cometido em desfavor das pessoas portadoras de sofrimento mental, haveria ação penal após denúncia ao Ministério Público. Além disso, o decreto trouxe a presença do Poder Judiciário para o momento da internação, visto que o parágrafo 2º do artigo 1º previa o dever de o diretor do estabelecimento comunicar ao juiz competente a admissão de um alienado cuja internação tenha sido exigida pela ordem pública (SILVA, 2014).

Dessa lei também surgiram os manicômios judiciários, destinados a abrigar os “alienados delinquentes” e “os condenados alienados”, cabendo a cada estado se encarregar da construção destes estabelecimentos e, enquanto a medida não fosse cumprida, estes indivíduos poderiam permanecer em asilos públicos desde que em pavilhões especiais (BRASIL, 1903). Porém, o primeiro manicômio judiciário brasileiro só viria a ser inaugurado no ano de 1921 (ENGEL, 2001).

No ano de 1911, o Decreto nº 8.834 basicamente repetiu os decretos anteriores, entretanto, em seu artigo 2, parágrafo 2º, prescreveu a fundação de colônias especiais para ébrios habituais e epiléticos, medida que ficaria a cargo da União (BRASIL, 1911).

Renomeando a Assistência a Alienados, foi publicado o Decreto nº 5.148, de 10 de janeiro de 1927, que passou a ser denominado de Assistência a Psicopatas e, além da designação, ampliou a atuação do Estado (BRASIL, 1927a). Segundo Messas (2008), a partir de então o sistema de saúde mental passaria, de acordo com o artigo 1º, a se preocupar com os casos de tentativa de suicídio e homicídios com origem psicopatológica. Para o autor, esta inovação pode ser considerada uma medida progressista, pois a saúde mental passa a se preocupar com um problema que antes era restrito ao direito penal.

Consoante Azevedo (2003), este decreto apresentava uma distinção entre “psicopata”, referindo-se a todo doente mental, e “alienado”, aquele que apresentasse perigo para si ou para a sociedade, logo, o primeiro termo teria um sentido mais abrangente que o segundo (CANABRAVA et al, 2010). No entanto, a denominação “alienado” deixaria de ser adotada após a publicação do decreto 24.559 de 1934 (AZEVEDO, 2003).

Ainda no ano de 1927, foi sancionado o Decreto nº 17.805 que aprovava o regulamento para execução dos serviços de Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Logo em seu artigo 1.º, o aparato legal frisa que a assistência pública aos portadores de sofrimento mental na capital federal dependia, direta e exclusivamente, do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (BRASIL, 1927b). No entanto, três anos depois, o Decreto nº 19.444 estabelecia que este serviço de assistência ficaria sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde Pública e subordinado ao Departamento Nacional de Saúde Pública (BRASIL, 1930).

No entanto, três anos depois, Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário viriam ser diretamente subordinado ao Ministério da Educação e da Saúde

Pública, pois se considerava que a eficiência deste serviço mostrava-se mais proveitosa quando diretamente subordinada ao ministério. Ademais, considerava-se que a assistência às pessoas portadoras de sofrimento mental tinha relação direta com a justiça e ordem pública (BRASIL, 1930).

Segundo o decreto, a internação dos "psicopatas" era feita por autoridades judiciárias ou policiais com o propósito de garantir a preservação da sociedade, porém, cabia somente ao juiz a internação de uma pessoa portadora de sofrimento mental em conflito com a lei no Manicômio Judiciário. Além disso, estabelecia que os psicopatas não podiam ficar sob a jurisdição de serviços clínicos gerais e que, implicitamente, tinham a sua capacidade civil suspensa (BRASIL, 1931), o que para Canabrava et al (2010) era a confirmação da incapacidade de exercerem seus direitos de cidadão.

Em 1934, o sistema de saúde mental ganha uma nova legislação, o Decreto nº 24.559 (BRASIL, 1934), que tinha como principal finalidade fornecer um tratamento amplo e amparar a população vítima de alguma enfermidade mental (MESSAS, 2008). Segundo Canabrava et al (2010), o dispositivo legal foi responsável por avançar a qualidade do tratamento dos portadores de sofrimentos mentais. No entanto, os termos utilizados para referir-se a eles denunciavam o modo desumano que ainda eram tratados, percebe-se termos, como: "menores anormais", "toxicômanos", "intoxicados habituais" e "indivíduos suspeitos".

Por meio da leitura do primeiro artigo, já é possível perceber a preocupação em tutelar não somente as pessoas portadoras de sofrimento mental, mas também os egressos dos estabelecimentos psiquiátricos. Oferecia também, além de tratamento médico, amparo social e proteção legal. Também previa a possibilidade de os estabelecimentos psiquiátricos públicos manterem serviços de assistência heterofamiliar para os "psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime de família", com a finalidade de readaptar estes indivíduos à vida social (BRASIL, 1934).

No entanto, a legislação ainda trazia dispositivos que confirmam que a pessoa portadora de sofrimento mental era desprovida de seus direitos civis, pois o artigo 9º disciplinava que "sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico" (BRASIL, 1934). O artigo subsequente confirmaria esta questão, ao dispor que, além dos "psicopatas", qualquer pessoa que atentasse contra

a própria vida, a de outrem ou que perturbasse a ordem ou a moral pública deveria ser internado em uma instituição psiquiátrica, ou seja, independente de portar uma enfermidade mental ou não, seriam destinados a estes estabelecimentos (CANABRAVA et al, 2010).

Também aumenta o rol de pessoas que poderiam ser admitidas nos estabelecimentos psiquiátricos, como os indivíduos que faziam o uso habitual de substâncias entorpecentes, os intoxicados por substâncias analgésicas, além de reafirmar a admissão de pessoas alcoólatras. Ademais, inseriu novos estabelecimentos que seriam considerados instituições psiquiátricas, como os "asilos de velhos", "casas de educação" e demais organizações de assistência social (BRASIL, 1934).

Silva (2014) observou que o decreto reforçou a necessidade de fiscalização destes serviços de assistência e criou uma Comissão Inspetora para este fim, a qual ficaria incumbida de aplicar sanções pecuniárias aos estabelecimentos particulares que não cumprissem com as medidas previstas no decreto. Conforme o disposto no artigo 33, a comissão também era incumbida de, caso o interno não possuísse tutor ou curador, zelar pelos seus bens, rendas ou pensões (BRASIL, 1934).

O decreto também reforçava a ideologia que associa a pessoa portadora de sofrimento mental ao perigo, uma vez que trazia artigos que previam a periculosidade social como critério de internação. É o que se observa nos artigos 19 e 21 que impedem a alta do paciente que apresentar iminente perigo para si e para a sociedade ou para a ordem pública (SILVA, 2014).

Depois de 56 anos de vigência, o decreto viria a ser revogado no dia 8 de novembro de 1990 e somente no ano de 2001 o campo da saúde mental ganharia uma nova legislação específica regulamentando o tratamento das pessoas portadoras de saúde mental no Brasil, a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (MESSAS, 2008). No entanto, faz-se necessário mencionar alguns decretos que colaborariam com a expansão da criação de leitos psiquiátricos no Brasil e expuseram, segundo MESSAS (2008), a prática de um pensamento contraditório, que ora defendia a assistência da pessoa portadora de sofrimento mental no próprio meio social e familiar, ora incentivava a criação de leitos hospitalares.

No ano de 1946, surgiu o Decreto nº 8.550 que, com o objetivo de ampliar e incentivar os serviços de assistência psiquiátrica, autorizou o Ministério da Educação e Saúde a celebrar convênios com os Estados. Desse modo, seria liberado

crédito para construção, instalação e funcionamento de serviços psiquiátricos nas regiões que não possuíssem unidades de amparo à pessoa portadora de sofrimento mental (BRASIL, 1956). No ano seguinte, o projeto de ampliação da assistência psiquiátrica viria a se expandir para os estabelecimentos privados, uma vez que, o decreto 22.561, permitiu a concessão de benefícios fiscais para as instituições hospitalares, desde que estas criassem no mínimo 200 leitos (BRASIL, 1947).

A mesma ampliação de leitos psiquiátricos foi disciplinada no Plano Salte, aprovado por meio da Lei nº 1.102 de 18 de maio de 1950. O plano buscava proporcionar melhores condições de saúde, alimentação, transporte e energia a serem concretizados entre os anos de 1950 a 1954 (MESSAS, 2008). Tendo um dos seus pilares a saúde, não deixou de fora a assistência psiquiátrica, logo, um dos objetivos do período era a criação de 10.000 leitos psiquiátricos, com o propósito de atingir a taxa de 1 leito para cada 1.000 habitantes (BRASIL, 1950).

Logo em 1954, período abrangido pelo Plano Salte, entra em vigor a lei 2.312, a qual dispõe, em seu artigo 22, que "o tratamento, o amparo e a proteção ao doente nervoso ou mental serão dados em hospitais, em instituições parahospitalares ou no meio social, estendendo a assistência psiquiátrica à família do psicopata". Esta norma seria regulamentada, no ano de 1961, pelo Decreto 49.974-A, o Código Nacional de Saúde. Tendo um título reservado para tratar exclusivamente da saúde mental, mostrou, no artigo 75, a preocupação de reduzir os internamentos em hospitais ao mínimo possível.

Foi esta dissonância entre a ampliação de leitos hospitalares e a prescrição de uma assistência que postulava o tratamento da pessoa portadora de sofrimento mental em meio social e familiar criticada por Messas (2008). Enquanto os países desenvolvidos se concentravam na descoberta de psicotrópicos e ao avanço de estudos no campo psicossocial, no Brasil os hospitais psiquiátricos se multiplicaram (FIGUEIREDO, 2004), expansão essas que seguiria nos anos seguintes, devido a possibilidade de convênios para expansão da oferta de serviço de assistência psiquiátrica, prática prevista pela Portaria 16.145/1961 (SILVA, 2014).

De acordo com Silva (2014), a portaria possibilitou que fossem firmados convênios com pessoas jurídicas de direito privado, como as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições. A privatização da saúde passou a ser mais radical após o ano de 1964, sendo a psiquiatria a área mais explorada pelas empresas privadas, pois a ausência de direito dos usuários e a falta de exigência de serviço

de qualidade a ser oferecido à saúde mental, permitia que enfermarias fossem instaladas ou construídas em qualquer local (AMARANTE, 2006). Segundo Costa (2003), a partir de então a pessoa portadora de sofrimento mental passou a ser o artigo de comércio da chamada "indústria da loucura" e o enfermo mental que ao longo do tempo adquiriu as representações de incapacidade e periculosidade, passou a ser visto como objeto de lucratividade.

O mesmo projeto foi adotado nos governos seguintes, sendo a privatização facilitada por meio de recursos governamentais. Por volta de 1970, estavam distribuídos no território nacional 340 hospitais, dos quais 277 eram privados e 63 públicos. Em 1981, existiam 425, sendo 362 hospitais privados e 63 públicos, mesmo número que na década anterior, demonstrando que em um período de dez anos nenhum hospital público foi aberto (MESSAS, 2008).

O aumento fica ainda mais evidente quando analisado o crescente número de leitos psiquiátricos. No ano de 1971, contabilizando os hospitais públicos e privados, existiam no Brasil 80 mil leitos e chegou, ao longo da década de 80, a 100 mil (COSTA, 2003). De acordo com Amarante (2006), no ano de 1978 os leitos privados passavam de 70 mil e todos eram pagos pelo setor público, esta prática seria denunciada no mesmo ano pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, que teve papel fundamental na luta contra o tratamento desumano da pessoa portadora de sofrimento mental no Brasil.

3.1 O movimento da reforma psiquiátrica

No final da década de 70, três profissionais plantonistas do Centro Psiquiátrico Pedro II denunciaram as violações aos direitos humanos sofridas pelos internos que se encontravam na instituição. A resposta foi uma demissão em massa, onde, além dos três profissionais, outros 263 foram dispensados dos seus respectivos cargos. Este acontecimento resultou no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que mais tarde se transformaria no movimento de luta antimanicomial (AMARANTE, 2006).

De acordo com Paulo Amarante (1998), o objetivo do MTSM era discutir e encaminhar propostas para a transformação do modelo de tratamento psiquiátrico, denunciar a violência dos manicômios, sofridas tanto pelos profissionais quanto pelos internos, os casos de agressão, estupro e mortes não justificadas. O movimento

conseguiu atrair destaque na imprensa, mantendo-se por aproximadamente oito meses.

Barbosa, Costa e Moreno (2012) relatam que para dar continuidade e fortalecer o movimento, durante os anos de 1978 e 1987, o MTSM organizou diversos eventos com a ação conjunta de institutos, sindicatos e associações, como o Sindicato dos Médicos, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Ordem dos Advogados (OAB), entre outros.

Declara Amarante (1998) que da realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, conhecido como “Congresso de Abertura”, surgiu a oportunidade de organizar este movimento em um contexto nacional. O evento ocorreu na cidade de Camboriú em Santa Catarina no ano de 1978 e tinha como objetivo ser um encontro científico de profissionais conservadores, clínicas e hospitais privados e acabou por ser a oportunidade de unir os movimentos considerados progressistas de todo o Brasil. No mesmo ano, acontece no Rio de Janeiro o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, tendo como participantes Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, Franco Basaglia, responsável pela Reforma Psiquiátrica italiana e fonte de inspiração para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, entre outros.

Ano a ano, diversos eventos trataram do tema e foi na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que foi discutida a necessidade de um novo dispositivo legal que regulamentasse a forma de tratamento psiquiátrico baseado nas novas políticas assistenciais (PAULO DELGADO, 2017). No mesmo ano, ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental onde foi adotado o lema “por uma sociedade sem manicômios”, utilizado por defensores da reforma psiquiátrica até hoje (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Dois anos depois, foi apresentado pelo deputado Paulo Delgado o Projeto de Lei n.º 3.657/89 que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios a substituindo por outros recursos assistenciais e regulamentando a internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1989). A propositura foi marcada por polêmica e discussões, porém, antes mesmo de ser aprovado e convertido em lei, o projeto inspirou diversos estados a iniciarem uma reforma no limite de suas competências (PAULO DELGADO, 2017).

3.2 O projeto de Lei n.º 3.657/1989

Após anos de luta de diversos defensores da alteração das práticas de tratamento no campo de saúde mental houve a proposta de um projeto de lei propondo a regulamentação legal do tratamento dos portadores de sofrimento mental (AMARANTE, 1998). O projeto foi apresentado pelo Deputado Paulo Delgado no Plenário da Câmara dos Deputados no dia 12 de setembro de 1989, data em que inicia mais uma batalha da luta antimanicomial (BRASIL, 1989).

Como justificativa para a sua aprovação, o deputado argumentou que os malefícios do hospital psiquiátrico são superiores aos benefícios e, preocupado com o número excessivo de leitos psiquiátricos, defendeu a substituição da internação em manicômios psiquiátricos por serviços alternativos (BRASIL, 1989).

Propôs assim a substituição gradativa da internação pela implementação de novas técnicas assistenciais de forma racional e com a colaboração da comunidade, visando melhorar o atendimento psiquiátrico oferecido pelo Estado àqueles que, para Paulo Delgado, não deixaram de ser cidadãos em razão de sua condição mental (BRASIL, 1989).

Além disso, na justificativa, criticava a privatização do setor da saúde que colaborou com a expansão dos manicômios judiciários, totalizando quase 120.000 leitos remunerados pelo setor público, tanto da União quanto dos estados, e defendeu o tratamento em saúde mental por meio da rede psiquiátrica pública e a interrupção da expansão do crescimento dos leitos (BRASIL, 1989).

O projeto teve aprovação unânime da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, assim como da Comissão da Seguridade Social e Cidadania, tendo pareceres favoráveis e sendo alvo de elogios principalmente por parte da segunda comissão que manifestou reprovar as técnicas de tratamento da saúde mental utilizadas, considerando-as ultrapassadas, autoritárias, contrárias à cidadania e baseado no confinamento e na alienação do portador de sofrimento mental de suas famílias e da sociedade (BRASIL, 1990).

Por parte da Câmara dos Deputados, teve oito emendas propostas, sendo apenas uma aprovada e, na sequência, encaminhado ao Senado Federal, ficando sem tramitar por quase 10 anos (BRASIL, 1990). Quando, no ano de 1999, teve seu substitutivo apresentado, no ano de 2001, sancionado e transformado na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001).

Apesar das dificuldades enfrentadas no Senado Federal, Brito e Ventura (2012) observaram que a lei produziu efeitos antes mesmo de ser aprovada, pois oito

estados aprovaram leis dentro de sua competência de atuação, assim como o Ministério da Saúde que editou 11 portarias, entre elas as de nº 189/91 e nº 224/92, que criaram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as portarias de nº 106/2000 e nº 1.220/2000 que deram origem aos serviços residenciais terapêuticos.

Segundo a apresentação do Manual de Saúde Mental no SUS, os Centros de Atenção Social - CAPS (2004), elaborado pelo Ministério da Saúde, que visa orientar e esclarecer sobre este serviço aos profissionais de saúde e a população usuária do Sistema Único de Saúde, os CAPS tem como objetivo amparar os pacientes que sofrem com a consequência de doença mental, integrá-los ao convívio com a sociedade e com a família, incentivá-los a busca de autonomia e prestar atendimento médico e psicológico. Ainda cita que esta instituição é fundamental para o progresso da reforma psiquiátrica e que até aquele momento havia demonstrado bons resultados na substituição do modelo hospitalocêntrico.

O objetivo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é substituir as internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos por atendimento clínico em um ambiente terapêutico e com tratamento individual, levando em conta as necessidades de cada usuário. Cada instituição deve atender aos pacientes da sua área de abrangência por meio de prestação pública e gratuita oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Já as Residências Terapêuticas ou Serviço Residencial Terapêutico (STR) são casas destinadas a servir de moradia para às pessoas portadoras de sofrimento mental grave com longo histórico de internação, os quais, em decorrência da enfermidade e do caráter segregador da internação, foram afastados de suas famílias e do convívio social. Estas moradias devem ser situadas em espaço urbano e deve servir de moradia para um grupo de no máximo oito pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Assim como os Centros de Atenção Psicossocial e Núcleos de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas devem atender as necessidades de cada usuário e prover serviços de acordo com a singularidade e particularidade de cada paciente e, por meio dos seus projetos, deve buscar reinseri-lo no convívio junto à comunidade, sempre com o acompanhamento de um profissional.

Além do mais, dispõe o art. 2º - A da portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde, que “Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência,

egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia”, assim como a cartilha denominada Residências Terapêuticas que especifica o que são e para que servem, elaborado pelo Ministério da Saúde, orientando que pode se beneficiar dos Serviços Residências Terapêuticas os “Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal)”. Logo, conclui-se que tais serviços também são destinados aos cidadãos acometidos de sofrimento mental em conflito com a lei.

Apesar de ser uma tentativa de atenuar as discriminações sofridas pelos portadores de sofrimento mental, a Lei n.º 10.216/2001 não faz menção expressa quanto à aplicação ou não aos inimputáveis que cometeram algum crime, ou seja, aqueles submetidos à medida de segurança e há quem defenda que a norma jurídica revogou os dispositivos da legislação penal que tratam do tema (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011).

3.3 Lei n.º 10.216/2001

Para Brito (2014), a Lei n.º 10.216/2001 representa um marco no tratamento das pessoas portadoras de sofrimento mental, pois estabelece a necessidade da observância do princípio da dignidade humana e passou a reconhecê-la como cidadã. Mudou também a denominação atribuída a estas pessoas, visto que a legislação não fala mais em “alienados”, “psicopatas”, “loucura”, “moléstia mental”, entre outros, mas sim a “pessoas portadoras de sofrimento mental”.

Diz a ementa que a lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), deixando em desuso os termos pejorativos antes utilizados na legislação.

Seu artigo 1º busca afastar qualquer forma de discriminação, seja qual for a condição da pessoa portadora de sofrimento mental. Previsão legal necessária para prevenir tal distinção, pois a consequência destas limitações pode interferir em diferentes aspectos da vida de quem a sofre, como no acesso à educação e busca por emprego, ocasionando ainda mais a distância entre a sociedade e o indivíduo, acabando por agravar o sofrimento mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Estabeleceu também um rol de direitos, como a proteção contra abuso e

exploração, o acesso à comunicação, à presença médica, o acesso a tratamento de qualidade, o qual terá o interesse exclusivo de recuperá-lo e inseri-lo na família, no trabalho e na comunidade. Ademais, dispõe que a pessoa portadora de sofrimento mental deve ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Del'Olmo e Cervi (2017) apontam que ficaram proibidas as internações em instituições que não garantam este rol de direitos, sendo obrigatória a assistência médica, psicológica, ocupacional, social e de lazer, além de demais atendimentos especiais que a pessoa portadora de sofrimento mental necessitar.

De acordo com Guimarães (2011), ao dispor a lei sobre o tratamento preferencial em serviços comunitários, ganha destaque o tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residências Terapêuticas, Unidades Básicas de Saúde, as Residências Terapêuticas, entre outros. Para o Ministério da Saúde (2004), tais serviços são fundamentais para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, pois é capaz de simplificar e agilizar procedimentos e promover a autonomia e cidadania das pessoas portadoras de sofrimento mental.

Ademais, a Lei n.º 10.216/2001 prevê que o Estado tem o dever de desenvolver a política de assistência mental, a promover ações de saúde e dar assistência aos portadores de sofrimento mental, em respeito ao que determina a Constituição Federal. Assim, o Estado deve garantir ao portador de sofrimento mental o melhor tratamento, visando beneficiar a sua saúde e reinseri-lo ao meio em que vive. Com relação à internação, deve determinar que essa só deve ocorrer quando os serviços oferecidos fora do ambiente hospitalar não sejam suficientes e, caso haja a necessidade dessa forma de tratamento, veda-se a internação em instituições com características asilares, ou seja, as que não garantam os direitos elencados na lei, assistência integral e atendimento com profissionais especializados (BRASIL, 2001).

Preocupou-se também com os pacientes com longo histórico de internação e com dependência institucional, os quais, segundo o artigo 5º, devem ser objeto de uma política específica de alta planejada e de reabilitação psicossocial assistida (BRASIL, 2001).

O artigo 6º da lei impõe que a internação psiquiátrica somente se dará mediante laudo médico circunstanciado e que descreva os motivos da necessidade

da medida. Ainda enumera as diferentes formas de internação, a voluntária, involuntária e compulsória. A primeira forma de internação é feita com o consentimento do usuário, já a involuntária se dá sem o seu consentimento e a pedido de um terceiro e, por fim, a internação compulsória que é aquela determinada pela justiça (BRASIL, 2001).

De acordo com a legislação, tanto a internação voluntária quanto a involuntária devem respeitar o disposto no artigo 8º que prescreve que somente um médico registrado no Conselho Regional de Medicina deve autorizá-las. Com relação à internação involuntária, prevê o parágrafo único do mesmo artigo que no ato da internação e da alta o Ministério Público deve ser comunicado no prazo de 72 horas (BRASIL, 2001).

No que diz respeito à terceira modalidade de internação, estabelece o artigo 9º da lei que essa se dará por ordem judicial. Ruiz e Marques (2015) afirmam que a internação compulsória é aquela determinada nos casos de medida de segurança, onde há perigo para o condenado e a terceiros.

▪ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da lenta evolução da legislação relativa ao tratamento das pessoas portadoras de sofrimento mental no Brasil, foi possível perceber avanços e os fatores que contribuíram para que fossem consolidados, como o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Projeto de Lei proposto pelo deputado federal Paulo Delgado.

Durante o Brasil colonial e um breve momento do período imperial, não existia uma legislação específica tratando do tema, porém, as Ordenações de Portugal, em especial as Ordenações Filipinas, já consideravam o ente familiar portador de algum sofrimento mental incapaz de gerir as suas próprias posses. Após editados decretos específicos, a exclusão da pessoa portadora de sofrimento mental passou a ser legalmente permitida, uma vez que permitiam o recolhimento em Hospícios para evitar que colocassem em risco a segurança pública. Constatou-se que, no decorrer dos tempos a "loucura" passou de caso de polícia para artigo de comércio e, por fim, adquiriu o caráter de cidadão portador de direitos, respeito e tratamento adequado. Isso se deu pelo fato de que pelo "o louco se torna objeto do saber do discurso médico-científico e os manicômios e hospitais psiquiátricos de afirmam como um lugar institucional que legitima a expulsão do louco do convívio

social” (PEDRO, 2020, p. 449).

A problemática ainda paira sobre todos, fazendo-se necessário outros avanços que devem contar com a atenção constante da sociedade e do Estado. Por exemplo, “ainda que se saiba que os manicômios estatais geralmente se parecem com campos de concentração da segunda guerra, essa notícia nunca aparece nos jornais” (FERRAREZE FILHO, 2021, p. 64). Por mais que se tenha observado um considerável avanço, outras faces do problema permanecem, ensejando que sejam essas facetas conhecidas, difundidas, problematizadas e debatidas com o fito de serem dirimidas.

Dentre as questões problemáticas ainda vigentes pode-se apontar para a forma com a qual são operadas e cumpridas as medidas de segurança no Brasil, já que “muitas vezes convertida em prisão perpétua em função das fragilidades do sistema penal brasileiro, as chamadas medidas de segurança tornaram-se mecanismos de segregação, sofrimento, silêncio e violência” (FERRAREZE FILHO, 2021, p. 64). Permanece, portanto, aquele viés social de segregar o que se diferencia da normalidade posta, repercutindo no enclausuramento por outra via, o que na verdade acaba por significar e representar uma mesma coisa, pois, como há muito se sabe, “os manicômios, os hospitais psiquiátricos, são instituições totais, que impedem a relação social do sujeito com o mundo externo” (PEDRO, 2020, p. 449).

Também é o caso de buscar cada vez mais e com mais ênfase o rompimento do estigma que aquele que sofre de moléstia mental tem contra si. O próprio preconceito que se tem, partido tanto dos considerados “normais” quanto daqueles que padecem de sofrimento mental, para com relação a centros como o CREAS, por exemplo, onde a “população que não as procura por medo do rótulo imposto àqueles que dessas instituições fazem parte de algum modo” (SILAS FILHO; ZUCCO, 2020), evidencia esse problema a ser superado.

Conhecer amiúde a “história da loucura” é assim uma importante medida para que se tenha uma maior e melhor compreensão dessas e outras problemáticas tantas que ainda permanecem presentes. “Como seria bom, para a garantia dos Direitos Humanos, que os profissionais do sistema de justiça fossem influenciados pela literatura antimanicomial e por suas práticas, com a formação de um pensamento crítico” (VERANI, 2021). Estar ciente do caminho percorrido até aqui pela evolução legislativa sobre o tema talvez seja um primeiro passo para a

formação desse pensamento.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiatra no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente e Cérebro**, São Paulo, set. 2006.
- AZEVEDO, Juliana Rocha de. Discursos sobre a loucura. **Dos alienados aos Psicopatas: o Processo de Institucionalização da Loucura no Rio Grande do Sul (1857-1957)**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.
- BARBOSA, Guilherme Correa; DA COSTA, Tatiana Garcia; MORENO, Vânia. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 8, p. 45-50, 2012.
- BASTOS, Othon. Primórdios da Psiquiatria no Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 154-155, ago. 2007.
- BRASIL. **Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841**. Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Coleção das Leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1841, Seção 17, p. 49-50.
- BRASIL. **Decreto nº 1.077, de 04 de dezembro de 1852**. Approva e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo. Coleção das Leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1852, p. 412-448.
- BRASIL. **Decreto nº 142-A, de 11 de janeiro de 1890**. Desanexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1890, p. 23.
- BRASIL. **Decreto nº 508, de 21 de Junho de 1890**. Approva o regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, 1890, p. 1333-1351.
- BRASIL. **Decreto nº 2.467, de 19 de fevereiro de 1897**. Dá novo regulamento para a Assistencia Medico-legal a Alienados. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, 1897, p. 175-203.
- BRASIL. **Decreto nº 3.244, de 29 de março de 1899**. Reorganisa a Assistencia a Alienados. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, 1899, p. 281-302.

BRASIL. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.** Reorganiza a Assistência a Alienados. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, 1903, p. 183-189.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Anais da Câmara dos Deputados.** Brasília: Câmara dos Deputados, ago.1906. p. 296.

BRASIL. **Decreto nº 8.834, 10 de julho de 1911.** Reorganiza a Assistência a Alienados. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, 1911, 8818.

BRASIL. **Decreto nº 5.148, de 10 de janeiro de 1927.** Reorganiza a Assistência a Psychopathas no Districto Federal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, v. 1. 1927a. p. 1661.

BRASIL. **Decreto nº 17.805, de 23 de maio de 1927.** Approva o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psychopathas no Districto Federal. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, 1927b. p. 12360-12372.

BRASIL. **Decreto nº 19.444, de 1 de dezembro de 1930.** Dispõe sobre os serviços que ficam e cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública, e dá outras providências. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1. Seção 1. p. 22.907.

BRASIL. **Decreto nº 20.889, de 30 de dezembro de 1931.** Desliga do Departamento Nacional de Saúde Pública a Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, 1931.

BRASIL. **Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934.** Dispõe sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, v. 4, 1934. p. 454.

BRASIL. **Lei 1.102, de 18 de maio de 1950.** Aprova o Plano Salte e dispõe sobre sua execução. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 1950.p. 7.696.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1956.** Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, v. 1. Seção 1. p. 163.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1956.** Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, v. 1. Seção 1. p. 163.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3.657/1989.** Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a

internação psiquiátrica compulsória. Diário Oficial do Congresso Nacional. Brasília, DF, nº 127, 27 de setembro, 1986. Seção I, p. 10.696 - 10.697.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde.** DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **Lei Federal 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 2 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas, o que são, para que servem.** DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei n. 10.216/2001.** Brasília-DF, 2011.

BENTHAM, Jeremy. **O Panóptico ou a casa de detenção.** Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

CANABRAVA, D. S.; SOUZA T. S. *et al.* Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 170-176, 2010.

CHERNOVCZ, Pedro Luiz Napoleão. **Diccionario de Medicina.** 6. ed. Paris: Chernoviz, 1890.

COSTA, Augusto Cezar de Farias. **Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica.** Brasília, 2003.

DELGADO, Paulo. Humanização do Tratamento Psiquiátrico no Brasil: a importância da Lei 10.216/2001, de Paulo Delgado. **Revista Cidadania**, Brasília, DF, 2017.

DE-SIMONI, Luiz Vicente. Importância e necessidade de criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento de alienados. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 142-159, mar. 2004.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência**, Florianópolis, n. 77, p. 197-220, dez. 2017.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FERRAREZE FILHO, Paulo. **Curso de Psicologia do Direito.** São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2021.

- GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem**. Curitiba, UFPR, 2011, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.
- JOBIM, José Martins da Cruz. Silva, Joaquim José da. Santos, Cristovão José dos. Boletim da Sociedade. **Semanário de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 131, n. 15, 9 abril. 1831, p. 77-80.
- MACHADO, R. *et. al.* **Danação da norma: Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MESSAS, Guilherme Peres. **O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental**. História, ciências, saúde- Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 1, p. 65-98, Mar. 2008.
- MIRANDA-SÁ Jr., Luiz Salvador. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007
- MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dez. 2001.
- ORDENAÇÕES FILIPINAS. Coimbra: **Universidade de Coimbra**. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/242733>. Acesso em: 15 jul. 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: cuidar sim - excluir não**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2005.
- PEDRO, Jullyanne Rocha São. Abaixo a casa verde: loucura e luta antimanicomial na poética machadiana. *In*: MELO, Ezilda *et al.* (Coord.). **Direito e Literatura Brasileira**. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2020.
- PEIXOTO, Antônio Luiz da Silva. Considerações gerais sobre a alienação mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 642-682, dez. 2013.
- RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte&Ciência, 1999.
- RUIZ, Viviana Rosa Reguera; MARQUES, Heitor Romero. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 1-7, jun. 2015.
- SIGAUD, José Francisco Xavier. Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 559-562, set. 2005.

SILAS FILHO, Paulo; ZUCCO, Larissa. Desviantes (não) por acaso. **Caos Filosófico**, 18 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://caosfilosofico.com/2019/12/18/desviantes-nao-por-acaso/>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SILVA, Guilherme Bertassoni da. **A legislação em Saúde Mental no Brasil (1841-2001) - trajeto da consolidação de um modelo de atenção**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

VERANI, Sérgio de Souza. 20 anos: Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica, Medida de Segurança. **Justificando**, 28 de abril de 2021. Disponível em: http://www.justificando.com/2021/04/28/20-anos-luta-antimanicomial-reforma-psiquiatrica-medida-de-seguranca/?fbclid=IwAR1_bua12tZqtbr5F-7rwOiE1KtHfuxArGEJje799UVJe_vYotoJewiq-3U. Acesso em: 30 abr. 2021.

Informações adicionais e declarações dos autores (integridade científica)

Declaração de conflito de interesses (conflict of interest declaration): os autores confirmam que não há conflitos de interesse na realização das pesquisas expostas e na redação deste artigo.

Declaração de autoria e especificação das contribuições (declaration of authorship): todas e somente as pessoas que atendem os requisitos de autoria deste artigo estão listadas como autores; todos os coautores se responsabilizam integralmente por este trabalho em sua totalidade.

- Thainá Carolina Mathias: projeto e esboço inicial (conceptualization), desenvolvimento da metodologia (methodology), levantamento bibliográfico (investigation), revisão bibliográfica (investigation), redação (writing - original draft), participação ativa nas discussões dos resultados (validation), revisão crítica com contribuições substanciais (writing - review and editing), aprovação da versão final.
- Paulo Silas Taporosky Filho: projeto e esboço inicial (conceptualization), desenvolvimento da metodologia (methodology), levantamento bibliográfico (investigation), revisão bibliográfica (investigation), redação (writing - original draft), participação ativa nas discussões dos resultados (validation), revisão crítica com contribuições substanciais (writing - review and editing), aprovação da versão final.

Declaração de ineditismo e originalidade (declaration of originality): os autores asseguram que o texto aqui publicado não foi divulgado anteriormente em outro meio e que futura republicação somente se realizará com a indicação expressa da referência desta publicação original; também atesta que não há plágio de terceiros ou autoplágio.

Dados do processo editorial

- Recebido em: 03/05/2021
- Controle preliminar e verificação de plágio: 03/05/2021
- Avaliação 1: 07/06/2021
- Avaliação 2: 30/06/2021
- Decisão editorial final: 30/06/2021
- Retorno rodada de correções: 09/07/2021
- Publicação: 04/08/2021

Equipe editorial envolvida

- Editor-Chefe: FQP
- Assistente-Editorial: MR
- Revisores: 02

COMO CITAR ESTE ARTIGO

MATHIAS, Thainá Carolina; TAPOROSKY FILHO, Paulo Silas. Da desassistência à conquista de direitos: breve abordagem da legislação brasileira sobre pessoas portadoras de sofrimento mental. **Revista de Direito da Faculdade Guanambi**, Guanambi, v. 8, n. 01, e336, jan./jun. 2021. doi: <https://doi.org/10.29293/rdfg.v8i01.336>. Disponível em: <http://revistas.faculdadeguanambi.edu.br/index.php/Revistadedireito/article/view/336>. Acesso em: dia mês. ano.