

UM ESTUDO JURÍDICO E POLÍTICO SOBRE SAÚDE MENTAL

Josel Machado Corrêa

TESE APRESENTADA AO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
DOUTOR EM DIREITO

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Wolkmer

FLORIANÓPOLIS

1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

A TESE

Um Estudo Jurídico e Político sobre Saúde Mental

elaborada por JOSEL MACHADO CORRÊA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi julgada adequada para a obtenção do título de DOUTOR EM DIREITO.

Florianópolis, 30 de outubro de 1996

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dr. Antonio Carlos Wolkmer-Presidente

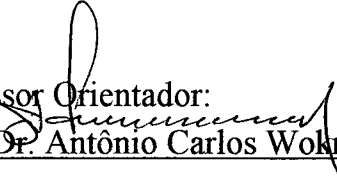
Prof. Dr. Cesar Luiz Pasold-Membro

Prof. Dr. José Isaac Pilati-Membro

Prof. Dr. Orlando Ferreira de Melo-Membro

Profa. Dra. Sueli Gandolfi Dallari-Membro

Professor Orientador:


Prof. Dr. Antônio Carlos Wolkmer

Coordenador do Curso:


Prof. Dr. José Alcebiades de Oliveira Junior

Se não fosse pela paciência, compreensão, carinho e amor da minha mulher Walquiria, minhas filhas Marcela e Rafaella, e minha sogra Leca, não teria chegado ao fim deste trabalho. A elas, minha gratidão, reconhecimento e meu amor.

Aos meus pais, Pedroso e Ieda, pelo incentivo e apoio à minha formação.

À memória de Ivo, meu sogro, que nos momentos difíceis sempre me incentivou a estudar; se estivesse presente certamente compartilharia desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final de um trabalho de Doutorado é reconhecer que muitos esforços pessoais foram necessários para a sua realização. Mesmo assim, tudo isso só foi possível em função do apoio de muitas pessoas que, direta ou indiretamente, torceram ou colaboram para sua conclusão. Sabendo de antemão, que a todos não se poderá mencionar, quero expressar meu reconhecimento e gratidão,

de modo especial:

ao **Prof. Dr. Antonio Carlos Wolkmer**, Orientador do Trabalho, por ter na cruzada difícil da orientação, paciência, dedicação, coragem e pela liberdade de ação concedida;

ao **Prof. Dr. Cesar Luiz Pasold**, pelas valiosas e oportunas contribuições em todos os momentos e pela co-orientação;

à **Dra. Vera Regina Pereira de Andrade**, pelas valiosas contribuições e apoio;

ao **Prof. Dr. Wilson Kraemer de Paula** pelo estímulo e pelas valiosas contribuições;

aos **Professores do Curso de Pós-Graduação em Direito** da UFSC, pelos ensinamentos recebidos;

ao **Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues**, pelo estímulo constante e apoio moral;

à Chefe do Departamento de Direito Processual e Prática Forense, **Profa. Marilda Machado Linhares**, e aos demais professores pelo estímulo;

à bibliotecária **Narcisa de Fátima Ambone**, pelo apoio na revisão das referências bibliográficas

à revisora da língua portuguesa **Lia Rosa Leal** pelo apoio e eficiência;

ao amigo **Valmir Volpato** pela eficiente revisão da digitação;

aos **servidores**: Dilza, Rose, Giovana, Ivonete, Melissa, Marcus, Angélica, Marilda, Ângela, Sulivam, Fátima, Irene, Helena, Bete, Conceição, Arlete, Miguel, Maria do Carmo e João, pela amizade e estímulo;

ao **Hospital Colônia Santana** e, de modo particular, aos funcionários e profissionais que muito contribuíram com meu crescimento pessoal;

finalmente, aos **pacientes** ou **internados** do Hospital Colônia Santana que se constituíram em ponto de referência e experiência do nosso trabalho.

SUMÁRIO

	Página
Introdução	1
Capítulo 1 Um Panorama Histórico de Saúde Pública e Mental	25
1.1 Uma retrospectiva histórica de saúde pública e legislação sanitária	25
1.2 Saúde e Estado	33
1.3 Estado, Função Social e o Direito à Saúde	39
Capítulo 2 Uma Base Teórica da Doença Mental	48
2.1 Tendências básicas do pensamento psiquiátrico	48
2.1.1 Métodos de abordagem segundo Alexander e Selenisk	48
2.1.1.1 Método Mágico	48
2.1.1.2 Método Orgânico	53
2.1.1.3 Método Psicológico	58
2.1.2 A doença mental segundo Jaccard	63
2.1.3 A concepção de doença mental segundo Szasz	65
2.1.4 A concepção das instituições totais segundo Goffman.....	70
Capítulo 3 Uma Base Histórica da Assistência Psiquiátrica	76
3.1 A assistência psiquiátrica no Brasil	76
3.2 Assistência psiquiátrica no Estado de Santa Catarina	85
3.3 A internação e a assistência psiquiátrica na visão de diversos autores	89
Capítulo 4 Leis Específicas de Proteção ao Doente Mental	94
4.1 Leis que trataram do doente mental na antigüidade	94
4.2 Lei Francesa de 30 de junho de 1838	101
4.3 Decreto número 1.132, de 22 de dezembro de 1903	108
4.4 Decreto número 24.559, de 3 de julho de 1934	115
4.5 Decreto Estadual número 24.982, de 14 de maio de 1985.....	120
4.6 Projeto de lei da Câmara número 8, de 1991 e número 3.657/89 na casa d e ori- gem	125
Capítulo 5 Dispositivos do Código Penal que Tratam da Doença Mental: Um retrospecto histórico	129
5.1 Os Códigos Penais brasileiros e a jurisprudência tratando da irresponsabilidade ou inimputabilidade e medida de segurança	129
5.2 Doença mental, perícia psiquiátrica, medida de segurança e fundamentos da inimputabilidade	143
5.3 A inimputabilidade e medida de segurança: uma necessidade de mudança	164

	Página
Capítulo 6 Dispositivos do Código Civil que Tratam do Doente Mental: Uma Oportunidade de Discussão	179
6.1 O Código Civil, a pessoa humana, a capacidade, e a incapacidade	179
6.2 Os diversos grupos de doença mental	196
6.2.1 A esquizofrenia	196
6.2.2 Distúrbios afetivos psicóticos- psicose maniaco-depressiva	198
6.2.3 Retardamento mental e síndromes orgânico-cerebrais	199
6.2.4 Neuroses	201
6.2.5 Distúrbio da personalidade	202
6.3 Da proteção dos incapazes	204
6.3.1 Da representação	204
6.3.2 Das nulidades	206
6.4 Da curatela	206
6.5 Da interdição dos absolutamente incapazes	210
6.6 Incapacidade: necessidade de propor mudança	215
Capítulo 7 A Relação do Estado com a Assistência Psiquiátrica	220
7.1 Direito dos internados, obstáculos para as mudanças, relações do Estado e seus agentes com os hospitais, profissionais e indivíduos	220
7.2 Comparação dos dispositivos legais que se referem ao doente mental com a constituição	233
7.2.1 Código Penal	233
7.2.2 Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934	233
7.2.3 Código Civil e Código de Processo Civil	235
7.3 4 O Estado favorecendo a assistência custodial	235
Conclusões	238
Referências Bibliográficas	252
Anexos	
1 Lei Francesa de 30 de junho de 1838	262
2 Decreto número 1.132, de 22 de dezembro de 1903	277
3 Decreto número 24.559, de 3 de julho de 1934	284
4 Projeto de Lei da Câmara número 8 de 1991, e número 3.657/89, na casa de origem	301
5 Medidas de segurança previstas pelo Código Penal de 1940	305
6 Decreto Estadual número 24.982, de 14 de maio de 1985.....	317

RESUMO

O Brasil tem uma das constituições mais avançadas do mundo, no que se refere ao direito à saúde e dever do Estado que historicamente sempre esteve presente nas relações que envolvem saúde pública e saúde mental. O neoliberalismo hoje surpreende grande parte do mundo com sua ideologia de desemprego, aumento da dívida social, desmontagem de serviços públicos e redistribuição de renda a favor dos ricos, afastando-se o Governo de seus compromissos com a população, provocando temores especialmente naqueles que atuam na área social. Neste trabalho, objetivou-se basicamente examinar a situação dos doentes mentais, verificando se as leis específicas de proteção e de assistência, se os dispositivos do Código Penal que tratam da inimputabilidade e da medida de segurança e se o Código Civil que discorre sobre a incapacidade favorecem uma assistência custodial, dificultam ou impossibilitam mudanças que venham a integrar o doente mental à Sociedade. Concluiu-se por defender a participação do Estado na saúde, e, especialmente, na saúde mental. Todavia, espera-se que a atual assistência custodial seja substituída por novas alternativas que respeitem o indivíduo como pessoa humana. Discordou-se do Ordenamento Penal em seus artigos 26 e 96 a 99 que criam a inimputabilidade e a medida de segurança, e defendeu-se a isonomia de tratamento para as pessoas perante a lei. Foram sugeridas alterações no artigo 5 do Código Civil, substituindo a expressão “loucos de todo o gênero” por “os indivíduos que pela sua natureza não podem praticar atos da vida civil”. Confirmou-se a tese de que o Poder Público, mantendo a assistência psiquiátrica e as leis específicas de proteção ao doente mental nos moldes atuais, favorece a assistência custodial, impossibilita mudanças para integrar o indivíduo à comunidade, e especialmente desrespeita os direitos individuais previstos na Constituição de 1988.

RESUMEN

Brasil tiene una de las constituciones más adelantadas en materia de derecho a la salud y deber del Estado que siempre ha estado presente en las relaciones que comprenden la salud pública y mental. Hoy en día el neoliberalismo sorprende al mundo entero con su ideología de desempleo, aumento de la deuda social, desmantelamiento de los servicios públicos y redistribución de la renta en favor de los más ricos, apartándose de sus compromisos con el pueblo y sembrando el temor, principalmente entre quienes trabajan en el campo social. El presente trabajo se propone básicamente examinar la situación de los enfermos mentales, averiguando si las leyes específicas de protección y asistencia, si los dispositivos del Código Penal que tratan de la inimputabilidad, de la medida de seguridad y si el Código Civil que discurre sobre la incapacidad favorecen una asistencia tutelar, dificultan o imposibilitan los cambios que propiciarían la integración del enfermo mental a la sociedad. Se concluye por defender la participación del Estado en la salud, y en especial en la salud mental; sin embargo, se espera que dicha participación no se reduzca a una asistencia tutelar sino que cree nuevas alternativas que respeten al individuo como persona. Disentimos del Ordenamiento Penal en los artículos 26 y 96 a 99 que crían la inimputabilidad y la medida de seguridad, y sostenemos que todas las personas al ser juzgadas deben considerarse iguales ante la ley. Se sugieren algunas alteraciones al artículo 5 del Código Civil, cambiando la expresión : “locos de todo genero” por la expresión “los individuos que por su natureleza não podem praticar actos en la vida civil”. Confirmóse la tesis de que el Poder Público, manteniendo la asistencia psiquiátrica en los moldes atuais, favorece la asistencia custodial, imposibilita cambios para integrar lo individuo a la comunidad y, especialmente, hiere los derechos individuales previstos por la Constitución de 1988

RIASSUNTO

Il Brasile ha una delle più avanzate Costituzioni del mondo per quanto si riferisce al diritto alla salute e ai doveri dello Stato che storicamente è sempre stato presente nei rapporti che coinvolgono la salute pubblica e la salute mentale. Il neoliberismo oggi stupisce grande parte del mondo con la sua ideologia di creare disoccupazione, aumento del debito pubblico, lo smantelamento dei servizi sociali e la redistribuzione del reddito in favore dei ricchi, allontanandosi dai compromessi assunti con la popolazione e provocando timore specialmente in coloro i quali attuano nell'area sociale. Fondamentalmente questo lavoro ha avuto lo scopo di esaminare la situazione dei malati mentali, verificando se le leggi di protezione ed assistenza, i dispositivi del Codice Penale che trattano dell'irresponsabilità e le misure di sicurezza nonché gli articoli del Codice Civile che trattano dell'incapacità, favorendo un'assistenza protettiva, rendendo difficile o impossibile i cambiamenti che vengono ad integrare il malato mentale nella società. Si conclude per il riconoscimento della presenza dello Stato nella partecipazione della salute e specialmente di quella mentale. Tuttavia si spera che lo stato smetta di dare un'assistenza specifica ai malati mentali, creando nuove alternative che rispettino l'individuo come una persona umana. Si discordò con l'Ordinamento Penale in articoli 22, 96 a 99 che crea l'irresponsabilità e la misura di sicurezza e si difese che tutte le persone quando sono giudicate devono essere considerate uguali davanti alla Legge. Sono state suggerite delle alterazioni all'articolo 5 del Codice Civile con lo scopo di sostituire l'espressione "ogni tipo di dimenza" per "le persone che per sua natura non possono partecipare alla vita civile". È stata confermata così la tesi per cui il potere pubblico, mantenendo l'assistenza psichiatrica, e le leggi specifiche di protezione ai malati mentali come sono oggi, favorisce l'assistenza di custodia, rende impossibile qualunque tentativo d'integrazione dell'individuo nella società e soprattutto viola i diritti dell'individuo previsti dalla costituzione del 1988.

INTRODUÇÃO

No atual contexto político do país não se esgota a redefinição da relação do Estado com cada um dos setores sociais, mas a própria reforma do Estado. Neste sentido, instituir a equidade na saúde não se limita a uma mera extensão e distribuição mais adequada dos serviços, mas igualmente, à sua conformação em um direito. No que diz respeito à saúde, como de resto às demais políticas públicas, o atual desafio para a consolidação da democracia reside em como conciliar uma forte presença do Estado no setor, exigida pelas acentuadas desigualdades no país, e uma ordem democrática. O desafio, portanto, reside em contemplar os dois termos da formulação: a saúde como direito e como serviço.

O relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, Tema I, apresenta a Saúde como Direito, publicado por MINAYO (1992, 117-128), como um destaque histórico sobre a condição dos povos de todo o mundo, quando os conceitos de saúde se modificam constantemente e tornam-se deficientes para expressar a real situação da população. Em um sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e a serviços de saúde. Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada Sociedade e num dado momento seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. O Estado tem função social de valorização do ser humano, com responsabilidade básica quanto ao direito à saúde, à adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população. Responsabiliza-se pelo financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário; pela operação descentralizada de serviços de saúde, normatização e

controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados.

Para que a maioria da população de um país como o Brasil possa ter saúde, é necessário viver sob a proteção de um Estado que tenha compromisso e que seja “submisso à Sociedade, que submeta o econômico à força do social”, que pratique uma política destinada a garantir condições sadias de vida para a comunidade, com nutrição adequada, moradia higiênica, acesso à água e esgoto tratados, trabalho em ambiente salubre, lazer satisfatório, serviços médicos disponíveis, distribuição de medicamentos aos necessitados, atendimento de saúde adequado, vacinação nos postos de saúde, poder aquisitivo conveniente, educação, informação e cultura, observando o que determina a Declaração Universal dos Direitos Humanos **“toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais necessários”** e a Declaração Americana dos Direitos e Deveres Humanos que explicita: **“Toda pessoa tem direito à preservação de sua saúde por medidas sanitárias e sociais concernentes a alimentação, vestuário, habitação e cuidados médicos”**

Na mesma óptica, entende-se que causas sociais que alteram a saúde das pessoas também levam a distúrbios psíquicos. Tal situação, que é bastante alarmante, pode ser observada na publicação da Organização Mundial de Saúde-OMS de 1981¹, indicando cerca de 40 milhões de pessoas no mundo com transtornos mentais e neurológicos graves, enquanto 200 milhões estão incapacitados para o trabalho por perturbações mentais e neurológicas do tipo das graves neuroses, retardamento mental e neuropatias periféricas. Se a esses

¹ A versão em espanhol ficou sob a responsabilidade da Organização Pan- Americana de Saúde- Opas e foi relatada por MOURA (1989:161).

contingentes forem acrescentadas as multidões de alcoólatras, fumantes, drogados e portadores de distúrbios psíquicos secundários, os serviços médicos não têm capacidade para cuidar desses doentes. MOURA (1989, 161) citando Brock Chisholm, revela que somente através de adoção de medidas preventivas adequadas, como a superação de conflitos ou tensões, permitiria à Sociedade e, por conseguinte, ao ser humano, preservar seu equilíbrio emocional, fundamento e salvaguarda de sua saúde mental.

Através de publicações da Organização Mundial de Saúde - OMS e de vários autores, percebe-se que a severa desigualdade na distribuição de renda, a acelerada expansão demográfica, a progressiva urbanização das populações, o afrouxamento dos vínculos familiares, a precariedade das habitações, a carência alimentar, as dificuldades de transporte e o desemprego, são fatores de tensão, condicionadores da crescente demanda por assistência psiquiátrica, e, portanto, são causas sociais de distúrbios psíquicos.

Além disto, constata-se que entre nós sempre houve pessoas que foram temidas, admiradas, ridicularizadas, rejeitadas ou torturadas, e que, pela sua condição psíquica, tornaram-se diferentes das demais. Para enfrentar tal situação, o homem sempre precisou de uma ciência que viesse a investigar o universo da mente humana. Os esforços iniciaram-se com curandeiros, feiticeiros, filósofos, médicos, sacerdotes, cientistas e psiquiatras, que nem sempre foram bem sucedidos em seus propósitos de entender, conceitualizar, justificar e curar aquelas pessoas que se comportavam estranha e incoerentemente, que podiam alternar alegria e tristeza, ou sofriam pela falta de discernimento e de juízo crítico. O homem realizou mudanças revolucionárias em seu ambiente físico, cultural e social. A ciência, a medicina, a economia e a política melhoraram profundamente a natureza da existência do homem, aumentando a vida das pessoas. As descobertas científicas vêm combatendo

os horrores de doenças e pestes que foram consideravelmente atenuadas. Avanços também ocorreram na psiquiatria que, por pressão da comunidade, procurou "humanizar-se", modificando os antigos métodos de tratamento, como calabouços, acorrentamentos e violências físicas, por outras mais brandas, como psicoterapia, análise e medicamentos.

Segundo COOPER (1967, 35-6), porém, as famílias dos pacientes psiquiátricos, empregadores, clínicos gerais, funcionários das instituições psiquiátricas, polícia, magistrados, assistentes sociais, psiquiatras e enfermeiros podem ser muito sinceros e dedicados aos pacientes, mas desenvolvem uma violência sutil contra o objeto de seus cuidados. As boas intenções e todas as pompas da respeitabilidade profissional encobrem uma realidade humana cruel. Para Cooper, essa violência, deve ser evidenciada como ação corrosiva da liberdade de uma pessoa sobre a liberdade da outra. Mesmo que não se trate de agressão física, que também pode ocorrer, a ação livre de uma pessoa é capaz de destruir a liberdade de outra, ou, ao menos, paralisá-la pela mitificação.

Assim, com auxílio de outros autores como GOFFMAN (1961), SZASZ (1980), MINZONI (1975) e BASAGLIA (1985), poder-se-ia provar que a violência na psiquiatria ainda continua como nos velhos tempos. Porém, com a evolução dos tempos modernos não se utilizam mais os métodos primitivos. Se antigamente o doente mental foi objeto de preocupação por ser seqüestrado e levado para o hospício, essa realidade ainda não mudou. Hoje, mais do que nunca, o Estado, através de seus agentes e representantes, detém as pessoas, colocam-nas em viaturas e as descarregam nas portas dos hospitais psiquiátricos. Antigamente, eram colocados em celas, mantidos acorrentados, açoitados. Hoje, nas clínicas, eles são acorrentados internamente através de medicamentos, e, nos hospitais custodiais, ainda utilizam-se os dois métodos.

E quanto às terapêuticas: até que ponto se pode falar em cura dessas pessoas? O que sabemos é que durante o internamento hospitalar, os doentes mentais recebem um medicamento que irremediavelmente vem a eliminar alguns sintomas que os levaram ao referido internamento. Mas, quando justamente por estarem sem sintomas voltam para as suas casas, sentindo-se curados, acreditam que não necessitam mais de medicamentos e, portanto, deixam de tomá-los. Com isto, retornam novamente todos os sintomas anteriores. Assim, se diz que o tratamento medicamentoso é apenas sintomático, ou seja, retira os sintomas.

A palavra cura, diferentemente do que ocorre em outras áreas da medicina, praticamente não existe na psiquiatria. Nessas circunstâncias, poder-se-ia perguntar: por que as pessoas são levadas para hospitais psiquiátricos? Entre as respostas, uma é a de que seria para permitir que as famílias possam ficar livres dos incômodos provocados pelos pacientes em seus lares. Outra resposta plausível é porque assim foi convencionado historicamente. É bastante conhecida a assertiva popular, "**lugar de louco é no hospício**". Nos hospitais clínicos, as pessoas internam-se porque buscam a cura, e, quando não a conseguem, pelo quadro crônico de doença, retornam para tratamento em casa. Na psiquiatria, quando muito, justifica-se o internamento para tratamento e recuperação.

A definição de loucura é tão imprecisa, que, na opinião popular, o louco é aquele indivíduo autor de atos malucos totalmente gratuitos, que por sua vez encerra sempre sugestões de violência para com os outros ou para consigo mesmo. É aquele que zomba dos sadios, através de caretas, maneirismo, e que simultaneamente lhe concede o terreno para sua própria invalidação. É o homem cuja lógica é doente. Assim, rotulado o doente mental, acaba assumindo o papel do doente, tornando-se ninguém.

Nos meios literários e científicos, encontram-se centenas de abordagens sobre a doença mental, muitas delas divergindo tão profundamente entre si, a ponto, inclusive, de negarem a sua existência. É o caso da concepção de Szasz (1980), que tem o privilégio de sustentar a inexistência das doenças mentais e embora não apresente uma nova proposta de concepção de doença mental, sugere que sejam revistos ou simplesmente removidos da categoria de doença. Basaglia (1985) e Cooper (1967) também contribuem com uma concepção contestatória, denunciando as atrocidades cometidas nos hospitais psiquiátricos, por médicos e pelo pessoal de enfermagem, contra o doente mental que não tem como fugir do comportamento anormal. Também serão utilizadas as três tendências básicas do pensamento psiquiátrico idealizadas por Selenisk e Alexander (1968), para explicar a doença mental: o modelo mágico, o psicológico e o orgânico. É nesta visão contemporânea de doença mental que se propõe estudar as leis de proteção a tais indivíduos, que já existem há milhares de anos e que jamais, em nenhum momento, foram chamados a opinar, ou, pelo menos, para ouvir o que foi decidido sobre eles. Historicamente, o doente mental foi agredido, acorrentado, amarrado e isolado por ser violento, imoral, inseqüente, e também digno de pena por pessoas que não concordavam com essas arbitrariedades cometidas contra eles. Mas poucas vezes foi considerado como uma pessoa humana igual aos demais indivíduos e que, portanto, merecia ser tratado com dignidade, respeito e com direitos iguais a outros cidadãos.

A base teórica do trabalho focaliza a assistência psiquiátrica no Brasil a partir de 1830 e em Santa Catarina, a partir de de 1910, ambos até os dias atuais. Já no aspecto legal, o estudo começa com os primeiros dispositivos referentes ao doente mental previstos pelas XII Tábuas da Legislação Romana; análise da Lei Francesa de 1838; no Brasil, os decretos 1.132 de 22 de dezembro de 1903 e

24.559 de 3 de julho de 1934; o Decreto Estadual número 24.982, de 14 de maio de 1985; e o Projeto-de-Lei da Câmara número 8 de 1991. O Código Civil, Lei número 3.071, de 1 de janeiro de 1916; o Código Penal, decreto-lei número 2.848, de 7 de dezembro de 1940, com as alterações da Parte Geral, da Lei número 7.209, de 11 de julho de 1984.

O objeto de análise é a proposta sobre a assistência psiquiátrica, a pesquisa das leis de proteção ao doente mental, os dispositivos do Código Penal e do Código Civil que se referem ao doente mental, além dos direitos e deveres individuais previstos pela Constituição de 1988.

A discussão sobre doença mental, assistência psiquiátrica e as leis de proteção ao doente mental justificam-se pela importância que têm as leis na formulação e na condução da assistência ao doente mental, particularmente no Brasil. Desde seus primórdios o cuidado do doente mental foi assunto de interesse público. Estabeleceu-se o consenso de que as providências deveriam ser de responsabilidade do Poder Público, no que se refere à proteção social, à liberdade, à vida, à segurança dos indivíduos e à integridade de seus bens, que poderiam ser ameaçados pelos loucos agitados, um risco permanente para a ordem pública. Transportar um louco contra à sua vontade para prisões ou para outras instituições era violação do princípio da sua liberdade só permitida à autoridade pública. Assim, o louco passou a receber atenção especial do Estado, tanto porque constituía um risco para as outras pessoas, como e especialmente porque foi maltratado, agredido e ridicularizado pela Sociedade. No Brasil, desde 1903 já houve dois decretos ou leis de proteção e assistência ao doente mental, sendo que o último, de 1934, ainda está em vigor, embora condenado pela maioria dos críticos que, apesar de não o conhecer, consideram-no ultrapassado ou fora dos padrões atuais de conceituação, tratamento e assistência ao doente mental. Contudo, a preocupação está relacionada ao

desinteresse histórico com as leis, especialmente quando se referem a um assunto tão complexo como é a doença mental. Leva-se anos para aprovar uma lei, e, quando aprovada, ela passa a ser “esquecida” ou desconsiderada pelos profissionais que trabalham na área e pelas autoridades responsáveis. Da mesma forma, a questão da inimputabilidade ou irresponsabilidade do doente mental que em uma trajetória desde o Código Penal do Império vem utilizando expressões como “não se julgarão criminosos os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem intervalos lúcidos e neles cometer crime” ou no Código Penal da República (“Não são criminosos os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de compreensão e os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência no ato de cometer o crime”), foram expressões por demais discutidas e combatidas com sugestões sem chegar-se à conclusão de que o Código atual seria o mais adequado quando considera: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. Não será apresentada proposta de mudança com relação a este artigo, mas procura-se demonstrar que as dificuldades em achar expressões que levem à incapacitação do indivíduo ou mesmo à sua conveniência deve ser questionada, eis que todas as pessoas são iguais como assim determina a Constituição, não havendo, portanto, na hora do julgamento razão para separar os doentes mentais. A medida de segurança dos artigos 96 a 99 do Código Penal embora remonte a 1940, já sofreu modificações que a simplificaram bastante. Mesmo assim, trata-se de instituto jurídico que não deveria existir, por isso o assunto será alvo de levantamento minucioso enfocando a doutrina dualista, que defende a aplicação da pena e a medida de segurança, e a unicista, que equipara as duas formas como sanção penal, reduzindo-as a um único meio de luta contra a criminalidade. Procura-se demonstrar, no decorrer do trabalho, que tanto para os

indivíduos que cometeram crime como para a Sociedade, seria mais vantajoso se não houvesse a inimputabilidade nem a medida de segurança.

Justifica-se também o trabalho pela proposta de alteração do artigo quinto do Código Civil, que considera absolutamente incapazes os “loucos de todo o gênero” expressão que, desde 1916, vem sendo discutida e combatida sem chegar-se a um consenso sobre qual expressão deve substituí-la adequadamente. Por ser um trabalho que envolve o Estado e as leis relacionadas com o doente mental, far-se-á uma apresentação das diversas espécies e grupos de doenças mentais que podem levar à incapacidade segundo o Código Civil.

Cabe justificar ainda a discussão das relações do Estado, através de seus representantes (aí incluindo o Poder Judiciário, Ministério Público, Polícia Civil e Militar com os também representantes do Estado que trabalham nos hospitais psiquiátricos públicos), pois, pelo que parece, as suas relações encontram-se bastante distanciadas entre si.

Justifica-se a pesquisa, também, pela importância deste momento, quando se encontra no Senado Federal, o Projeto-de-lei da Câmara número 8 de 1991 e número 3.657/89 na casa de origem, que já foi aprovado na Câmara dos Deputados, e que aguarda parecer para votação naquela casa. Este projeto, se aprovado e não for esquecido, praticamente revolucionará a assistência psiquiátrica no Brasil, com o fechamento dos atuais e a proibição da construção de outros hospitais psiquiátricos públicos.

Se as leis criam responsabilidade pela assistência ao doente mental, determinando a conduta e o procedimento a ser seguido, devem ser elas entendidas e

discutidas pelos interessados, a fim de que possam beneficiar a população necessitada.

O presente trabalho tem como objetivo geral examinar a situação dos doentes mentais, verificando se as leis específicas de proteção e a assistência oferecida, os dispositivos do Código Penal que tratam da inimputabilidade e medida de segurança e o Código Civil que discorre sobre incapacidade, favorecem uma assistência custodial, dificultam ou impossibilitam mudanças que venham a integrar o doente mental à Sociedade, conforme decorre da determinação da Constituição Brasileira ao considerar todos iguais.

Como objetivos específicos, o trabalho busca:

a) discutir a doença mental possibilitando um entendimento objetivo das principais correntes psiquiátricas analisando as diversas épocas até chegar às concepções mais modernas que podem facilitar mudanças na legislação penal e civil que se encontram desatualizadas;

b) relatar a evolução histórica das principais etapas que marcaram a assistência psiquiátrica no país e, principalmente, no Estado de Santa Catarina, utilizando esse referencial como motivador para as propostas;

c) analisar as leis específicas de proteção ao doente mental, fazendo um retrospecto histórico crítico, e discutindo as principais leis que marcaram a assistência psiquiátrica no Brasil;

d) relacionar os dispositivos do Código Penal que tratam da inimputabilidade, apresentando a evolução do seu entendimento e considerando o princípio constitucional de que todos os indivíduos são iguais perante a lei;

e) apresentar os dispositivos do Código Penal que tratam da medida de segurança no contexto histórico, discutindo as diversas correntes e propondo mudanças nas concepções vigentes;

f) mostrar um quadro das principais doenças mentais que podem levar o indivíduo à incapacidade, facilitando o entendimento da visão seguida pelo Código Civil;

g) trazer à discussão a questão dos absolutamente incapazes, por doença mental prevista pelo art. quinto do Código Civil, apresentando proposta para sua alteração;

h) expor as relações do Estado e seus agentes com a instituição psiquiátrica e a Sociedade, através de relato que especifica os direitos dos demais indivíduos em relação ao doente mental e o poder de uma classe de profissionais que se aliou ao Estado para manter privilégios e dificultar as mudanças;

i) questionar a constitucionalidade dos dispositivos legais específicos de proteção ao doente mental constantes no Decreto número 24.559 de 3 de julho de 1934, dos dispositivos legais que tratam sobre o doente mental no Código Civil, Penal e Processual Civil e

j) narrar fatos e leis dentro de um referencial histórico da saúde, saúde pública e saúde mental, dando ênfase à posição do Estado contemporâneo e à sua função social.

Para atingir os objetivos propostos, dividiu-se o trabalho em sete capítulos. No primeiro, discutem-se os conceitos de saúde, saúde pública e saúde mental, com histórico sobre os principais fatos e leis dos mesmos assuntos, enfatizando o papel do Estado contemporâneo e sua função social. No segundo, utilizaram-se como base teórica e entendimento da doença mental, as três concepções do método orgânico, psicológico e mágico apresentado por Selenisk e Alexander (1966), e o método sociológico proposto por Jaccard contemplado neste estudo com as concepções de doença mental de Szasz (1980), e as instituições totais de Goffman (1961), Cooper (1967), Basaglia (1971), dentre outros. O terceiro trata da assistência psiquiátrica no Brasil e em Santa Catarina e mostra a internação e a assistência psiquiátrica na visão de diversos autores. O quarto apresenta e relaciona as leis específicas de proteção ao doente mental, destacando a lei francesa de 30 de junho 1838, e, no Brasil, o decreto número 1.132 de 22 de dezembro 1903, decreto número 24.559 de 3 de julho de 1934, o Decreto Estadual número 24.982, de 14 de maio de 1985, e o projeto-lei da Câmara número 8 de 1991, que se encontra no Senado para votação depois de ter sido aprovado na Câmara dos Deputados. O quinto apresenta o artigo 26 do Código Penal, que trata da irresponsabilidade ou inimputabilidade, fazendo um histórico desse dispositivo, e os artigos 96 a 99 do mesmo Código, que tratam da medida de segurança, propondo a modificação do entendimento penal. O sexto, que trata do Código Civil, apresenta os diversos grupos de doença mental, irresponsabilidade, responsabilidade, curatela, interdição e uma discussão sobre os termos utilizados, culminando com a proposta de alteração do artigo quinto do Código Civil. O sétimo trata das relações internas no hospital psiquiátrico, envolvendo o poder dos diversos profissionais e a sua influência na assistência psiquiátrica, as relações do judiciário

com o hospital psiquiátrico estatal, as relações do Estado através de seus agentes com os indivíduos que delinqüiram e com o doente mental.

A metodologia a ser utilizada prevê :

Método de abordagem, será utilizado o método dedutivo, alternadamente com o método indutivo com pesquisa bibliográfica voltada para a saúde pública e saúde mental, através de um retrospecto histórico, da base teórica da doença mental, iniciando na história da assistência psiquiátrica e das leis, experiências e documentos históricos em outros países até chegar ao Brasil.

Método de Procedimento- a proposta direciona-se por um procedimento metodológico que prioriza o enfoque multidisciplinar. A preocupação com os direitos dos doentes envolve o Direito, a Psiquiatria, a Sociologia, e políticas filosóficas e econômicas entre outras. Todavia, o enfoque que será dado privilegia o Direito e a Psiquiatria, ou seja, a interação entre a disciplina jurídica e a saúde mental, atribuindo ao Estado um papel fundamental na condução das políticas de saúde pública e de saúde mental, de assistência preventiva e curativa de boa qualidade.

Fundamentação e Operacionalização da Pesquisa - a preocupação técnica do trabalho está relacionada com a crítica ao conhecimento predominante, que permite levar um indivíduo a um hospital psiquiátrico e não a uma unidade correcional, para onde vão aqueles que cometem delitos contra a vida. Ou, então, reduzem a sua permanência naquele local, podendo inclusive questionar a indicação, pois aos olhos da Sociedade seria um privilégio ou uma forma de impunidade. Preocupa-se também com o avanço do neoliberalismo, que vem propondo à humanidade alterações importantes, causando aumento das desigualdades sociais, e desemprego

desenfreado, piorando as condições de vida e não reconhecendo o direito da população à saúde e à educação.

A instrumentalização metodológica busca realizar um plano que seguirá três fases essenciais:

a) a caracterização e a discussão da doença mental, apresentando enfoques psiquiátricos com a participação efetiva do Estado, que permitam ou levem a um conhecimento diferente do atual, propondo modificações da conduta e procedimentos incompatíveis com a vida e com direitos do indivíduo, que jamais foram modificados depois de sua criação, e que por isto são considerados como dogma e como a única forma de lidar com o indivíduo que cometeu delito ou possa apresentar alterações psiquiátricas;

b) o resgate e a discussão das leis que envolveram o doente mental, o Estado e a Sociedade caracterizadas pela sintonia dos conhecimentos com a realidade da época em que a custódia, o isolamento, a estigmatização e a violação dos direitos humanos por parte do Estado (que foi o principal responsável pela assistência), reconhecendo a sua importância para a área, possam hoje ser modificados, com a conquista, por parte dos cidadãos, dos direitos individuais previstos na Constituição;

c) o reconhecimento, a busca da comprovação e a operacionalização da proposição de que o doente mental deve ser tratado como os demais indivíduos, respeitando os seus direitos, e modificando a concepção atual, na qual ele é internado em um hospital psiquiátrico através de uma idéia de segurança, (diferente dos cidadãos comuns) conforme a qual, ao cometerem um crime e uma vez condenados, são encaminhados a unidades correcionais para cumprir uma pena

indeterminada no tempo; ou buscar uma nova concepção legal que permita ao indivíduo doente mental não ser interditado totalmente em seus direitos civis.

A pesquisa compreende o levantamento sistemático, a coleta, o registro de informações, a revisão bibliográfica através de livros, artigos e revistas, e o fichamento do material disponível. Essa dinâmica de racionalização histórico-descritiva, com aportes interdisciplinares, passa pelo crivo da experiência prática do pesquisador nas respectivas áreas, leitura-análise de reconhecimento, dos critérios de seleção e eliminação, e, finalmente, busca da comprovação das hipóteses centrais, das variáveis condicionantes e da construção / execução crítica das novas formas de produção de juridicidade.

O autor do presente trabalho acredita que a assistência psiquiátrica prestada e formulada pelo Estado e as leis específicas de proteção ao doente mental favorecem uma assistência custodial, dificultam ou impossibilitam a integração do doente mental à Sociedade e o respeito aos direitos individuais previstos na Constituição de 1988. Os dispositivos do Código Penal previstos no artigo 26, que trata da inimputabilidade, e os artigos 96 a 99 da medida de segurança e também o art. quinto do Código Civil que trata dos absolutamente incapazes, necessitam de mudanças legais que passem a considerar efetivamente todos os indivíduos iguais perante a lei.

O presente trabalho foi realizado para satisfazer a exigência do Curso de Pós-Graduação em Direito da UFSC, em nível de doutorado, através da defesa de tese para obtenção do grau de doutor.

“A aprovação do presente trabalho acadêmico não significará o endosso do Professor Orientador, da Banca Examinadora nem do CPGD/UFSC à ideologia que o fundamenta ou que nele é exposta”.

A investigação centraliza-se em algumas categorias científicas estratégicas, cujos conceitos operacionais iniciais são, a seguir, explicitados, para possibilitar a comunicação mais eficiente com o leitor.

Assistência custodial: É aquela assistência que coloca o paciente sob custódia com o objetivo de protegê-lo e proteger a Sociedade. Os hospitais de internação, de modo geral, que colocam muitas restrições aos internados são chamados custodiais. Nesse tipo de instituição observa-se que não é permitido ao paciente ser responsável pelos seus pertences, decidir sobre a hora de dormir ou levantar, alimentar-se e banhar-se, não se esclarecem suas dúvidas, não se oferecem condições ao paciente para orientar-se por sua própria pessoa e perceber a imagem corporal, mantendo-o isolado da comunidade. Espera-se que ele siga as normas e regulamentos, seja obediente, cooperativo, não se queixe, não se irrite, e não entre em conflito com os demais internados.

*² Alta hospitalar: ato médico que configura a cessação da assistência médico-hospitalar.³

* Assistência primária: conjunto de ações que visam à resolução de conflitos individuais ou grupais e ou de sintomas iniciais de uma perturbação mental.

2

As definições assinaladas com o sinal * foram retiradas do Decreto Estadual número 24.982, de maio de 1995, que se encontra em anexo. As demais definições foram construídas pelo autor ou foram retiradas de dicionários jurídicos ou da língua portuguesa.

3

* Assistência psiquiátrica: conjunto de ações destinadas a prestar atendimento em saúde mental à população.

* Casos de emergência psiquiátrica: estados de doença mental aguda em que existe situação de periculosidade para a pessoa ou para terceiros, distúrbios de comportamento do indivíduo, incompatíveis com a vida social e que exigem uma assistência psiquiátrica imediata.

* Casos de evasão: fuga de um doente mental de um estabelecimento de saúde onde estava internado sob tratamento.

* Deficiente mental: pessoa que se caracteriza por apresentar um nível de inteligência abaixo da média dos padrões considerados normais, dificultando a sua adaptação aos meios social, familiar e laborativo.

* Dependente do uso de substâncias tóxicas ou entorpecentes: indivíduos que em decorrência do uso abusivo de drogas, como, por exemplo, medicamentos, álcool, estimulantes e outros, desenvolvem dependência física, psíquica, emocional, hábito, vício, toxicomania ou fármaco dependência.

* Desajustados sociais: pessoas cujo comportamento não se ajusta às normas do meio em que vivem.

* Diagnóstico e tratamento precoce: abrange os processos que visam a diminuir a duração, os efeitos e as conseqüências dos distúrbios psiquiátricos comprovados.

* Estado psicótico: situação de doença mental que se caracteriza por distorção do senso de realidade, inadequação e falta de harmonia entre pensamento e efetividade, acompanhada freqüentemente de alucinação e idéias delirantes.

* Guia de internação hospitalar: autorização dada por escrito pelo órgão previdenciário ou congênere, para realização dos serviços médicos e hospitalares, de modo a permitir, sob regime de internação, a observação, o diagnóstico e o tratamento adequado, das condições que determinaram a sua solicitação.

* Incompatibilidade com a vida social: caracterizada por graves distúrbios de comportamento que resultam em ações que transgridem as leis e normas do meio social em que a pessoa vive, exigindo assistência médica psiquiátrica especial.

* Paciente: pessoa que está sob ou necessita de cuidados médicos.

* Paciente agudo: paciente com estado patológico de início súbito, acompanhado de um conjunto de sintomas psíquicos, que exigem assistência psiquiátrica imediata.

* Paciente crônico: paciente que após esgotados todos os recursos terapêuticos indicáveis, não mostra recuperação e permanece com dificuldades de ajuste ao meio sócio-familiar, exigindo uma assistência psiquiátrica constante.

* Paciente egresso: todo paciente com alta de hospital psiquiátrico e que demanda tratamento ambulatorial posterior

* Paciente internado voluntariamente: situação em que uma pessoa achando-se mentalmente enferma, procura tratamento, de livre e espontânea vontade, em regime de internação hospitalar.

* Pensão protegida ou lar protegido: estabelecimento funcionalmente ligado a um hospital psiquiátrico com a finalidade de atender a situação de transição entre o hospital e a plena reintegração social, no qual os pacientes que ainda não possam desfrutar de uma vida comunitária plena e já não precisem mais de hospitalização, permanecem provisoriamente em ambiente supervisionado.

* Periculosidade: condição em que o paciente põe em risco sua própria vida ou de terceiros, apresentando potencialidade para crimes contra a propriedade e ou contra as pessoas.

* Pessoa: pessoa física ou jurídica de direito público ou privado.

* Prevenção: todas as medidas que objetivam reduzir a ocorrência de doença nas populações.

* Processo terapêutico: tratamento a que se submete uma pessoa enferma e que é resultado da internação terapeuta/ paciente. Entende-se por terapeuta, em saúde mental, a pessoa que em determinado momento executa ação de tratamento dirigida a um paciente ou enfermo, como o médico, o psicólogo, o enfermeiro e o assistente social.

* Reabilitação: compreende as técnicas que objetivam evitar e ou minimizar a incompatibilidade com a vida social do paciente.

* Recorrer da decisão do médico: situação em que um paciente internado em estabelecimento psiquiátrico tem o seu pedido de alta negado pelo médico que o atende, cabendo ao paciente o direito de dirigir-se ao diretor do hospital que,

mediante parecer de um especialista, (psiquiatra) preferentemente do serviço público, e que não pertença ao corpo clínico do hospital, tomará as providências cabíveis.

* Recuperação da saúde mental: retorno ao estado normal de funcionamento das atividades psíquicas de um pessoa, perturbada por algum fator, dentro do que se configura como normalidade psíquica num determinado contexto social, cultural e moral. A recuperação é parcial quando persistem defeitos de ordem psicológica que exigem alguma forma de atenção, mas sem impedir o retorno da pessoa ao seu meio de origem. A recuperação é total quando a pessoa é capaz, de acordo e dentro de seu meio, de exercer plenamente as suas funções psíquicas.

* Serviços básico de saúde: aqueles que, no mínimo, providenciam:

- a) educação no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle;
- b) promoção da nutrição apropriada;
- c) provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico;
- d) cuidados de saúde materno-infantil;
- e) imunização contra as principais doenças infecciosas;
- f) prevenção e controle de doenças endêmicas;
- g) tratamento apropriado de doenças e lesões comuns;
- h) fornecimento de medicamentos essenciais.

* Serviço de saúde mental: organização ou estabelecimento que tem por finalidade prestar assistência psiquiátrica à população.

* Assistência psiquiátrica: conjunto de ações destinadas a prestar atendimento em saúde mental à população.

Assistência terapêutica: é aquela que cuida do paciente como uma pessoa capaz e responsável, sem utilizar a custódia. Nos hospitais psiquiátricos de internação chamados terapêuticos, embora restritos às leis de custódia, observa-se uma organização na qual os pacientes são considerados capazes para tomar iniciativa, ter responsabilidade, além de proporcionar elementos que contribuam para o aumento de sua auto-estima, fortalecimento de sua identidade pessoal e preservação de sua individualidade.

Cliente: paciente hospitalizado colocado num ambiente no qual pode manter sua autonomia, iniciativa própria e responsabilidade.

Clínica psiquiátrica: o mesmo que hospital psiquiátrico com as características de uma assistência terapêutica.

Doença mental: estado de desequilíbrio psicológico com repercussões na esfera emocional e na função adaptativa de uma pessoa ao meio em que vive.

Hospício: casa onde se recebem loucos e insanos, manicômio. Estrutura hospitalar que recebe doente mental, caracterizada por oferecer assistência custodial. Expressão pejorativa usada para ridicularizar a assistência oferecida por aquele hospital.

Hospital e instituição hospitalar de internação: estes vocábulos são usados como sinônimos no decorrer do trabalho. Edifício onde são recebidos e tratados doentes. Instituição aparelhada com pessoal e material, para diagnóstico e tratamento das pessoas necessitadas de assistência médica diária e cuidado permanente de enfermagem, em regime de internação.

Imputabilidade: capacidade de ser responsabilizado penalmente.

Inimputabilidade: o mesmo que inculpabilidade, irresponsabilidade. Verifica-se quando o agente do crime, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Internado: refere-se ao paciente hospitalizado. Este, por efeitos da hospitalização, perde seus direitos civis, suas atribuições sociais e o direito à privacidade.

Internamento involuntário: quando o indivíduo é encaminhado a hospitais psiquiátricos, geralmente sob a escolta de policiais civis ou militares sem processo judicial e por queixa, denúncia ou reclamação de familiares, vizinhos, membros da comunidade, por quebra da ordem pública ou mesmo encaminhado sem processo por juiz, promotor, delegado, padre, líder comunitário, deputado, vereador e prefeito, contra a sua vontade. Ou, então, é encaminhado por processo judicial, para cumprir medida de segurança determinada por juiz, conforme os artigos 96 a 99 do Código Penal.

Irresponsabilidade: prerrogativa daquele que não responde pelos seus atos, que não tem obrigação de responder pelos seus atos; incapacidade.

Isolamento social: separação ou isolamento da Sociedade, longe dos familiares, parentes, amigos, conhecidos, pessoas que viviam sob leis comuns, costumes e cultura.

* Manicômio judicial: - estabelecimento especial destinado ao recolhimento de pessoas encaminhadas por determinação judicial e que além do cumprimento do que lhes é imposto pela justiça, também proporciona à pessoa tratamento médico-psiquiátrico. São encaminhadas para esse tipo de estabelecimento pessoas que cometem delitos na vigência de doença mental, ou que, por sua condição de periculosidade, necessitem de medida de segurança ou que lhes seja determinada avaliação especializada para fim de emissão de laudo judicial, para caracterização do grau de insanidade mental.

Medida de segurança: medida judicial prevista pelos artigos 96 a 99 do Código Penal, que confere ao juiz o poder de determinar a internação em hospital psiquiátrico, e ou o tratamento ambulatorial dependendo do crime, respeitando o artigo 26 e seu parágrafo único do mesmo Código. Em qualquer dos casos a internação nunca será inferior ao prazo de um a três anos. Consiste ainda na substituição da pena privativa de liberdade por internamento ou tratamento ambulatorial.

Processo de interdição: processo judicial pelo qual o indivíduo interditado será proibido ou privado de reger a sua pessoa e seus bens, não podendo assinar documentos, receber dinheiro ou cumprir qualquer ato da vida civil.

Técnico de saúde mental: médico psiquiatra e profissionais psiquiátricos. Designação de todos os profissionais de curso superior que trabalham em hospital psiquiátrico, aí incluindo: médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, dentista, farmacêutico, professor de educação física, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, .

Unidade de internação: denominação usada para designar o local de internação que compreende uma unidade composta de posto de enfermagem, consultório médico, sanitários, rouparia, material de limpeza e leito para paciente.

Poder público: a União, o Estado e o Município.

CAPÍTULO 1

PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA E DA SAÚDE MENTAL

1.1 Retrospectiva histórica de saúde pública e legislação sanitária

Entre as muitas atribuições de uma Sociedade de uma época a outra, cabe à medicina e aos médicos: tratar, controlar, prevenir, educar e combater as doenças. Mudam as formas de organização, os métodos científicos e os instrumentos para atingir o objetivo. Ainda assim, quando se procura definir a doença tudo pode complicar-se. Nos países subdesenvolvidos, doente quer dizer principalmente desnutrido ou atingido por doença infecciosa. Na Europa e na América do Norte, pensa-se principalmente em tumores, doenças mentais, cardiopatias etc. Além disso, o conhecimento e os valores científicos mudam com a evolução da cultura geral. Também muda o poder e com ele o juízo de valores dos homens. Todavia, segundo BERLINGUER(1988, 19-20), quando se considera a espécie humana, o fenômeno doença está ligado a três componentes: a) um fato objetivo, corporal, isto é, a alteração de um órgão, aparelho, sistema ou função mais ou menos demonstrável; b) um maior ou menor conhecimento do mal; c) uma idéia e uma medida, derivadas do conhecimento, dos prejuízos, dos interesses da época e, portanto, um juízo de valor, uma interpretação ética, além da científica, que vale como guia de ação.

Respaldando o conceito de saúde, estão aqui consideradas as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 que o amplia em relação ao conjunto das condições de vida da população. Em sentido mais abrangente, saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra bem como do

acesso aos serviços de saúde. Desse modo, antes de tudo, a saúde o resulta das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A Organização Mundial da Saúde (de 1946) se distancia dessa concepção quando diz que é **“a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doença”**, retirando o tema saúde do quadro apenas biológico e individual, para situa-lo no interior da organização social da produção. Segundo MINAYO(1992, 11), isso permite clarear a lógica das políticas e vinculá-las com políticas de outros setores, tendo como referência a reprodução do capital e da força de trabalho. Assim, tal definição ajuda a conceber a saúde como um dos objetivos da luta de classe trabalhadora e de suas conquistas sociais, destacando-se alguns dados sobre as condições de vida da maioria da população brasileira: a) se a saúde é o resultante das condições de alimentação, vivemos em um país no qual 64% dos brasileiros estão subnutridos (IPEA, 1984); b) se a saúde é resultante das condições de habitação, aproximadamente 45% das residências não apresentam condições mínimas de infra-estrutura sanitária (IBGE, Censo de 1980); c) se a saúde é resultante das condições de educação, menos de 50% das crianças que ingressam na escola chegam à segunda série do primeiro grau, e o índice de analfabetismo é de 23% no País; d) se a saúde é resultante da renda, segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - PNADs do IBGE, 43% da População Economicamente Ativa em 1983 apresentavam rendimento de 0 a 1 salário mínimo e 82% ganhavam de 0 a 3 salários mínimos; e) se a saúde é resultante das condições de trabalho, sabemos que existem 11 milhões de desempregados e de subempregados nas cidades e 12 milhões de camponeses sem terra na área rural (CNRA, Reforma Agrária. Por quê? 1984); f) por fim, se a saúde é resultante do acesso e da posse da terra, dos 5,2 milhões de proprietários rurais, somente 540 mil são donos de 80% das terras no Brasil (CNRA, Reforma Agrária. Pôr quê ? 1984).

Esses dados revelam uma realidade econômica e social que condena a maioria da população à permanente miséria e a uma qualidade de vida inferior ao que se pode conceber em face da riqueza, do processo econômico e da modernização do consumo de nossa civilização.

Para ROSEN (1980, 47-77), **“o termo saúde que se refere à boa ou a má, designa um estado dinâmico de um organismo resultante da interação de fatores internos e ambientais que se dá em um cenário espaço-temporal”**. Na concepção desse autor, o aparecimento de doenças em uma população numa determinada época não é somente fruto do acaso, mas um fenômeno específico que possui determinadas etiologias como incidência, prevalência e mortalidade, as quais devem ser estudadas e explicadas de acordo com idade, sexo, classe social, profissão, modo de vida ou outros fatores ligados à cultura e à psicologia de uma Sociedade. A doença tem uma relação causal com a situação econômica e social dos membros de uma população, e a assistência médica reflete a estrutura da Sociedade em particular, as suas estratificações e divisões de classe.

Embora o trabalho não tenha como objetivo o aprofundamento do panorama histórico, far-se-á uma retrospectiva político-jurídica da saúde pública nos últimos séculos, destacando alguns dos eventos que marcaram pelo reconhecimento de sua influência social e econômica, e para tal, busca-se o apoio de PASOLD(1983,77-91), que há muitos anos vem pesquisando o assunto.

Em 1493 ocorre a Reforma do Imperador Sigismundo, visando prover de assistência médica cidades alemãs, inclusive com médicos municipais.

Por volta de 1516 é publicada na Bélgica a Utopia de Thomas Morus, contendo considerações sobre saúde pública, medidas de prevenção e organização de unidades de recuperação de saúde. Em sua proposta, a saúde é considerada um

“prazer”, na medida em que saúde torna tranqüila e desejável a condição dos indivíduos.

Em 1714, John Bellens propõe plano para um serviço de saúde na Inglaterra.

Em 1748, Montesquieu no “Espírito das leis” dedica a saúde o Capítulo XI- “Das leis que se relacionam às enfermidades climatéricas”.

Em 1754, na França, Chamousset propõe a criação de um sistema de proteção social que incluía o seguro doença.

Em 1790, a Assembléia Constituinte Francesa cria a “Comissão de Saúde” para tratar do ensino e da prática médica, aos estabelecimentos de saúde na cidade e no campo.

Em 1798, Jenner descobre a vacina contra a varíola, constituindo-se “na primeira medida profilática efetiva”.

Em 1848, na Inglaterra, é aprovado o “Ato de Saúde Pública” que cria o “Escritório Geral de Saúde” com poderes para dedicar-se à Saúde Pública.

Em 1849, Salomon Neumann apresenta à Sociedade Berlinense de Médicos o seu projeto de saúde pública (será comentado posteriormente).

Em 1851, na França, aprova-se a Lei de 27 de março, dedicada à polícia alimentar, nesse mesmo ano ocorre a Primeira Conferência Sanitária Internacional.

Em 1859, é reconhecida a profissão de enfermeira de saúde pública, em Liverpool .

Em 1881, Bismark lança a idéia do seguro social alemão.

Em 1892, na França, é implantado um sistema de centros de atendimento infantil.

Em 1902, na França, é aprovada a Lei de 15 de fevereiro que estabelece a obrigatoriedade da vacinação antivariólica .

Em 1917, inicia-se nos Estados Unidos da América do Norte, o posto de saúde governado pela comunidade.

Em 1924, é aprovado o “Código Sanitário Pan-americano” que estabelece diretrizes da política sanitária para 18 países signatários.

Em 1948, começa a funcionar a Organização Mundial de Saúde, com sede em Genebra.

Em 1950, a Terceira Assembléia Mundial da Saúde ocupa-se da definição de leis e regulamentos sanitários nacionais de importância internacional.

Em 1970, a Comissão Executiva da Organização Pan-americana de Saúde coloca em relevo a legislação de saúde, considerando-a importante aos programas sanitários.

Em 1980, é redigida a Ata Solene da Organização Mundial de Saúde, reconhecendo oficialmente a erradicação da varíola no mundo.

PASOLD (1983, 123-166), também apresenta a história da legislação sanitária no Brasil, identificando três fases, as quais serão expostas a seguir, destacando os aspectos considerados mais importantes para este trabalho.

A primeira fase abrange o período da descoberta do Brasil até o ano de 1807. O primeiro evento importante acontece em 1543, em Santos, com a fundação, por Brás Cubas, da primeira santa casa no Brasil. Outras Instituições semelhantes são fundadas em Olinda (1540), Salvador(1550), Rio de Janeiro (1582), Belém (1654) e São Paulo (1714). Em 1742, uma Provisão Régia estabelecida em Lisboa previa que somente os médicos formados pela Universidade de Coimbra podiam ser delegados do “Físico” e do “Cirurgião-Mor” na Colônia.

A segunda fase inicia-se com a vinda da Família Real para o Brasil em 1808 e vai até 1902. O primeiro fato importante foi marcado pelos Alvarás Régios datados de 1808, que estabeleciam no Brasil os cargos de Cirurgião-Mor, dos Exércitos e de Físico-Mor do Reino, que PASOLD (1983) apresentou com grande destaque em sua pesquisa. Ainda em 1808 foi publicada a primeira obra sobre higiene pública no Brasil, de autoria do Dr. Manoel Vieira da Silva, preocupado com “as causas próximas ou remotas das doenças neste país”, procurando verificar os

“meios para removê-las”. Em 1809, através de decreto, o Príncipe cria o cargo de Provedor-Mor da Saúde da Corte e do Estado, e em janeiro de 1810 é aprovado o Regimento da Provedoria. Em 1851, através da Portaria de 11 de janeiro, o Ministro dos Negócios do Império proíbe a fundação de novas casas de saúde sem que fosse consultada a Junta de Higiene Pública. Em 1889, o Decreto número 10.319 promulga a Convenção Sanitária entre o Império do Brasil, a República Argentina e a República Oriental do Uruguai, anexando-lhe interessante Regimento Sanitário Internacional. Em janeiro de 1890, o Decreto número 169 “constitui o Conselho de Saúde Pública e reorganiza o Serviço Sanitário terrestre da República”. Em 1893 o Decreto número 1.558 regula o serviço sanitário dos portos da República, cujo capítulo V é dedicado à “Profilaxia Marítima”. Em 1897, o Decreto número 2.449 “unifica os serviços de higiene da União” sob a Diretoria Geral de Saúde Pública. E, finalmente, no segundo período, o Decreto número 3.014 de 1898 trata de conduta e penalização quanto ao exercício da medicina e farmácia.

A terceira fase da Legislação Sanitária no Brasil inicia-se com a nomeação do Dr. Osvaldo Cruz para o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública em 1903, quando iniciou uma fase de dinamização da administração sanitária em nosso país, até 1983, quando Pasold realizava este trabalho. Em 1904 a Lei número 1.261 torna obrigatória a vacinação contra a varíola em todo o país. Nesse mesmo ano o Decreto número 5.156 aprova o Regulamento dos Serviços Sanitários a cargo da União. Em 1912 Carlos Chagas descobre a etiologia da “doença de chagas”. Em 1919 é sancionado o Decreto número 3.724, que dispõe sobre a indenização por acidente de trabalho. Em 1923 é aprovada a Lei Elói Chaves, criando a Caixa de Aposentadoria e Pensão nas ferrovias, assegurando socorros médicos aos seus empregados contribuintes e familiares. Em 1923, o Decreto número 16.300 com seus 1609 artigos, aprova o novo Regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1937 Manoel Abreu inventa a abreugrafia, instrumento importante no diagnóstico à tuberculose. Em 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência, de

número 3.807, que excluía os trabalhadores rurais e as empregadas domésticas, bem como os servidores públicos. Em 1963 foi aprovado o Estatuto do Trabalhador Rural. Entretanto, em 1962 o Decreto número 51.646 inaugura um período que se estende até 1975, marcado por decretos e normas sobre diversos temas de saúde pública, como Tuberculose, Tracoma, Peste, Febre Amarela, Doença de Chagas, Malária e Saúde Internacional. Em 1967, o decreto-lei número 200, em seu artigo 39, relaciona e delimita as atribuições do Ministério da Saúde. Em 1974 é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado pela Lei número 6.062 do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Em 1975, a Lei número 6.259 ocupa-se da organização das ações de vigilância epidemiológica, do programa nacional de imunizações e normas de notificação compulsória de doenças, substituindo a Lei número 2.312, de 1954. Em 1976 o Decreto número 77.077 aprova a Consolidação das Leis de Previdência Social. No mesmo ano, foi aprovada a Lei 6.368 sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico e uso indevido de substâncias entorpecentes. Em 1977, a Lei número 6.433 e o Decreto número 79.456 permitem que advogados especializados ingressem na carreira de sanitarista. Em 1981 o Decreto número 86.329 cria o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária- CONASP, tendo como objetivo racionalizar o atendimento e otimizar a alocação de recursos financeiros ao Setor.

A retrospectiva de Pasold chega até 1982, mas continua no estudo de PILATI (1995, 53-76). Em 1982, não suportando os gastos com o INAMPS, o governo introduziu a AIH-Autorização de Internação Hospitalar e as AIS-Ações Integradas de Saúde.

Do Título da Ordem Social da Constituição de 1988, surgiram no plano infraconstitucional duas leis básicas: a Lei Orgânica da Seguridade Social (número 8.212 de 24 de julho de 1991), que “dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio e dá outras providências” e a Lei Orgânica da Saúde

(número 8.080, de 19 de setembro de 1990), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, além de revogar a Lei número 6.229/75, consagrando a maioria das reivindicações de reforma sanitária que vinha sendo discutida. Além dessas, surgiram ainda a Lei número 8142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. E também, o Decreto número 99.438 de 7 de agosto de 1990, que “dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde”.

Constata-se que foram elaboradas muitas leis materiais referentes à saúde pública e com isso, o próprio texto básico, a Lei número 2.312/54 foi esvaziando-se pela quantidade de normas legais no setor, podendo ser destacados: Decreto Lei número 986/69, que trata de alimentos; Lei número 5.823/72 e Dec. número 7,3267/73 sobre bebidas; Leis número 5.991/73 e 6.360/76 sobre medicamentos; Lei número 6.259/75, sobre vigilância epidemiológica; Lei número 6.150/74, sobre o consumo humano de sal; Lei número 6.050/74, sobre a fluoretação da água de abastecimento; Decreto número 76.973/75 sobre estabelecimento de saúde; Decreto número 78.171/76, sobre águas minerais de consumo humano; Decreto número 79.367/77 sobre padrões de potabilidade da água. Na parte processual, o Dec. número 49.974-A e a Lei número 2.312/54 não contemplavam a apuração de infrações, mas o Decreto Lei número 785, de 25 de agosto de 1969, veio suprir esta lacuna. Através da Lei número 6.437, de 20 agosto de 1977, foi revogado o Decreto Lei número 785, com avanços na ordem técnica, embora centralizador em torno da União e do Ministério da Saúde.

Não obstante as inúmeras leis e fatos que marcaram a evolução da saúde pública, é oportuno também salientar alguns momentos históricos que levaram à aprovação de leis sobre psiquiatria e saúde mental. Este assunto será tratado no

Capítulo 4, quando são apresentadas as leis específicas de proteção ao doente mental. Neste instante, mencionam-se apenas as três principais datas de aprovação das respectivas leis. O marco inicial, considerado neste trabalho o momento mais importante na história da saúde mental, foi a aprovação, pelo Parlamento Francês, da Lei de 30 de junho de 1838. No Brasil, o Decreto número 1.132, de 22 de dezembro de 1903, e o Decreto número 24.559, de 3 de julho de 1934, que dispõem sobre assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas.

Neste primeiro momento, apresentou-se um breve Histórico da Saúde Pública e de Saúde Mental, relacionando e apresentando algumas definições sobre saúde, doença, saúde pública e saúde mental, não se cogitando discutir qualquer lei¹ que trate sobre o assunto, por fugir ao objetivo estabelecido.

1.2 Saúde e Estado

As constituições anteriores a 1988 não apresentaram a preocupação que o Constituinte de 1988 teve ao deixar registrado como uma das Cartas Constitucionais mais avançadas do mundo, no que se refere às obrigações do Estado com a saúde da população. Nos artigos 196 a 200 constata-se que a saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado, as ações e serviços públicos de saúde integram um sistema único descentralizado com atendimento integral e com a participação da comunidade, conforme veremos a seguir:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹ Os os interessados em aprofundar o estudo sobre as leis de saúde pública deverão consultar, dentre outros, PASOLD (1983) e PILATI (1995)

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências;

III- participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Parágrafo 1. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativos.

Parágrafo 2. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Parágrafo 3. É vedada a participação direta ou indireta de empresas de capitais estrangeiras na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

Parágrafo 4. A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa

e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III- ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;

IV- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V- incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI- fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII- participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII- colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A prática da medicina sempre esteve ligada às condições econômicas e sociais de determinados grupos, mas só nos tempos modernos apareceu uma consciência clara da articulação entre as condições sociais e os problemas médicos. A concepção da medicina como ciência social deve ser associada às figuras de cientistas e estudiosos que viveram no século XIX, como Emil Behring, Rudolf Virchow, Villermé, Benoiston de Chateauneuf, Guépin, Constantin Pecqueur, Arnaldo Ruge, Lorenz Stein, Salomon Neumann e Leubuscher. Os princípios definidos por

Neumann e outros participantes do movimento da concepção da medicina como ciência social de 1848, é apresentado por ROSEN (1980, 77-143), cujas idéias serão transcritas resumidamente.

O primeiro princípio diz que a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social, ou seja, a Sociedade tem obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros. Para Neumann, **“É dever da Sociedade, isto é, do Estado, como condição fundamental para qualquer divertimento e atividade, proteger e quando em perigo salvar as vidas e a saúde dos cidadãos. Se é dever do homem social combater e ajudar a superar os perigos decorrentes exatamente da vida social, então é tarefa do Estado combater e onde for possível destruir não somente os perigos naturais, mas também aquilo que é perigoso para a vida humana”**, Em linguagem mais recente, se é responsabilidade da Sociedade, logo é dever do Estado;

O segundo princípio contido na concepção da medicina como ciência social atribui às condições econômicas e sociais efeito importante sobre a saúde e a doença, devendo tais relações ser submetidas à investigação científica. Neumann estava convencido de que a pobreza, a fome e a miséria **“se não eram idênticas à morte, à doença e ao sofrimento crônico, eram, como seus inseparáveis companheiros -- o preconceito, a ignorância e a estupidez -- fontes inesgotáveis de seu aparecimento”**;

O terceiro princípio conclui que devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença, e que essas medidas devem ser tanto sociais quanto médicas. Neumann que preparou e submeteu à Sociedade Berlinense de Médicos e Cirurgiões Projeto de Saúde Pública, em 30 de março de 1849, defendeu assim seus objetivos: o saudável desenvolvimento físico e mental do cidadão; a prevenção de todos os perigos relativos à saúde e ao controle da doença. A saúde pública deve preocupar-se com a Sociedade como um todo, considerando as

condições físicas e sociais gerais que podem adversamente afetar a saúde, tais como, solo, indústria, alimentação, moradia, considerando as condições que impedem cada indivíduo de cuidar de sua saúde. Tais condições podem ser divididas em duas categorias principais: primeira, as condições, como pobreza e enfermidade, em que o indivíduo tem o direito de exigir assistência do Estado; e segunda, as condições em que o Estado tem o direito e a obrigação de intervir na liberdade pessoal do indivíduo no interesse da saúde, como em casos de doenças transmissíveis e doença mental. Finalmente, a saúde pública pode atender a esses deveres: providenciando um número suficiente de pessoal médico bem treinado; estabelecendo uma organização adequada de pessoal médico; criando instituições apropriadas para a saúde pública.

Os ensinamentos de Neumann e seu grupo de estudiosos sobre as obrigações do Estado surpreendentemente são tão avançados para a época que estão presentes na Concepção prescritiva que tem PASOLD (1988:43-84) sobre o Estado Contemporâneo, e que podem assim ser resumidas:

- “a) as conformações jurídicas precisam ser fiéis à Sociedade que representam;
- b) a submissão do Estado à Sociedade é operada por mecanismos políticos voltados para a realidade dos princípios que os sustentam;
- c) o compromisso do Estado com a Sociedade é reconhecido e acompanhado do aparelhamento institucional e administrativo para sua consagração política;
- d) a estrutura tentacular da burocracia justifica-se pela submissão à realidade social do Estado Contemporâneo;
- e) a primazia do humano submetendo o econômico à força do social”.

Ou ainda a concepção da função social a ser aplicada ao Estado Contemporâneo, sempre com a prevalência do social e os valores fundamentais do ser humano. Deve o Estado “respeitar, valorizar e envolver o sujeito, atendendo o

seu objeto e realizando os seus objetivos”, ressaltando-se ainda quatro pontos importantes.: “A função social diz respeito a uma fórmula doutrinária que conecta a condição instrumental do Estado com o compromisso com o bem comum ou interesse coletivo e principalmente com a dignidade do ser humano, isto em abstrato; em concreto, a função consolidar-se-á conforme a realidade de cada Sociedade e seu Estado cumprindo ações de sua destinação; a função social requer cooperação social, mobilização solidária dos componentes da sociedade, sustentando, verificando e participando do dever de agir e do agir do Estado, que não é concebido como uma dádiva; a função social pressupõe uma conveniente administração da oposição entre a “atividade livre” e a “atividade regulada” na sociedade e entre “atividade autoritária” e “atividade social” no Estado”. Finalmente, a função social compreende sobretudo a valorização do ser humano, no qual o homem exercita a sua criatividade para crescer como indivíduo e com a sociedade.

No que tange à relação entre saúde e direito, PASOLD(1983, 190-197), destaca três aspectos básicos:

a) “a saúde é um dos bens de personalidade e nesta condição, objeto de Direito; disto decorre que a saúde é um dos direitos da personalidade que independe de qualquer reconhecimento normativo concreto, e é dotado de notas características, tais como, inalienabilidade, irrenunciabilidade, inextinguibilidade e não ser pela morte do titular intransmissibilidade e imprescritibilidade”;

b) “encarada a saúde como um dos valores essenciais à condição humana, consagra-se o direito à saúde como um dos direitos fundamentais do homem, reconhecido expressa e formalmente pela Organização Mundial de Saúde”;

c) “estando a saúde sob a tutela do Estado, encontramos o Direito de Saúde ou Direito Sanitário inserido no Direito Público, e abrangendo direitos e deveres das

pessoas e do Estado no que concerne à saúde pública, e normas quanto à organização e desempenho de serviços de saúde”.

Assim, a defesa de uma medicina social, que se adapta plenamente ao Estado Contemporâneo constitui-se em um marco indispensável para se trabalhar em qualquer área social ou da saúde. Não se pode esquecer também que a saúde mental faz parte de um dos ramos importantes da saúde pública.

1.3 Estado, função social e o direito à saúde

Desde seus primórdios, o homem vem manejando a natureza mas não se conforma com as leis biológicas, por isso procura ou deseja coisas contrárias à sua própria índole. Exige satisfações que muitas vezes transcendem os seus próprios instintos ou limites. Cogita de duas realidades: a objetiva, universal, e a subjetiva, psíquica, o que é exclusivamente sua; selvagem bárbaro ou civilizado é sociável e amoroso ou solitário e hostil. Alimenta sentimentos de vida, de dominação, de estranheza e destruição. Com o advento da Era Cristã, tentou atingir uma cultura calcada na fraternidade, na razão e na justiça, porém não abandonou a violência atávica. Constrói uma Sociedade confortável que se complica com novas conquistas, provoca crises econômicas, sociais, políticas e religiosas, que procura superar com reformas unilaterais, radicais, beneficiando um grupo, mas raramente a humanidade. Agora começa a ser considerado como uma totalidade, sob seu aspecto multidimensional: biológico, psicológico, social, cultural, econômico, político e religioso.

O progresso científico, o desenvolvimento tecnológico, o aumento da população e a comunicação de massa distorcem a estrutura social, modificando

profundamente a feição cultural do homem. É verdade que ele tem uma grande capacidade de adaptação e pode viver sob as mais variadas condições, mas se essas forem avessas à sua natureza, entrará em conflito. Nenhuma das culturas antigas exigiu tantas qualidades no trabalho. Hoje, são desempenhadas tarefas altamente especializadas, exigindo energia, rapidez, perícia e disciplina. Sua consciência é técnica e utilitária; não estando preparado para o mundo de suas próprias criações, perturba-se e quebra a harmonia da própria personalidade. Homem e Sociedade entram em choque. Assim, em função dessas especificidades do homem, a Saúde Mental consiste, segundo CIULLA (1976,212), no funcionamento harmonioso da personalidade que se traduz pela livre e adequada expressão dos dinamismos psíquicos, pela afirmação pessoal e pela adaptação à realidade exterior. Em outras palavras, a saúde mental consiste em amar construtivamente, ter consciência da própria dignidade e superar-se através de atividades criadoras, ajustando-se no meio social.

Para preservar a saúde mental, deve-se valorizar as condições biológicas, psicológicas e sociológicas favoráveis ao engajamento do homem no meio ambiente em que vive. O atual estilo de vida vem aumentando as reações emocionais das populações, a ponto de exigirem prioridade na política sanitária dos diversos países. A defesa da doença mental reside na remoção das múltiplas causas dos distúrbios psíquicos, constituindo problemas básicos de saúde mental: desajustes na família, na escola e no trabalho; doenças da gestante e da criança; desenvolvimento inadequado da criança nas etapas da evolução pré-escolar; preconceitos de doença mental; descaso nos cuidados humanos ao enfermo; atendimento demorado e insuficiente; pobreza de postos de saúde mental, ambulatórios, hospitais, lares adotivos e instituições médico-pedagógicas; exigências conflituosas da cultura e da Sociedade contemporânea.

Na relação de saúde mental com saúde pública, constata-se que a prevenção de alguns distúrbios mentais está vinculada aos cuidados médicos dispensados à gestante, alimentação equilibrada, exercícios físicos, combate a infecções e intoxicações, esclarecimento sobre o parto, a gestação, vacinação e amparo psicológico. O desenvolvimento normal da criança depende, sobretudo, do manejo adequado dos pais nos primeiros anos, pois nas etapas pré-escolares se formam as bases da personalidade. Acredita-se que o atendimento adequado nos postos de saúde favorece a saúde mental da população, sem contudo dispensar a instalação de unidades especializadas em saúde mental dispostas em posição geográfica estratégica.

Num programa preventivo de Saúde Mental, o Estado terá papel fundamental tanto no plano social como no individual para atingir a comunidade e a pessoa humana. O processo de planejamento terá de surgir da política de saúde governamental, nos níveis federal, estadual e municipal, a fim de alcançar a administração pública, com o objetivo de instituir assistência à população. No planejamento, intervêm políticos, juristas, administradores, economistas, sociólogos, sanitaristas, arquitetos, engenheiros, urbanistas e especialistas em saúde mental, bem como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros.

Se o Estado deve participar das políticas e programas de saúde pública e mental, deve-se perguntar que tipo de Estado atende tais exigências? A tese defendida por PASOLD (1983) permite que se utilize para a saúde mental o mesmo compromisso do Estado com a saúde pública, como um segmento da Função Social do Estado Contemporâneo nos termos de: “campo no qual o Estado executa -- por dever para com a Sociedade” -- ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Para tanto, o Estado deve respeitar, valorizar e envolver a Sociedade como um todo, atendendo ao bem comum estabelecido por esta mesma Sociedade, e

concretizando as condições sanitárias, sociais, políticas e econômicas necessárias à saúde física e mental das pessoas para a sua realização como seres humanos.

Nesta concepção, o autor citado encara a saúde como um dos valores e um dos direitos fundamentais da pessoa humana a ser efetuado concretamente pelas ações do Estado que envolvam e valorizem a Sociedade, e, especialmente, compreendendo-a como um dos fatores estratégicos à realização da Justiça Social. Assim, a legislação de saúde desempenha um importante papel, na medida em que pode refletir ou direcionar a saúde pública ou saúde mental como segmento da função social do Estado Contemporâneo.

Finalmente, aplica-se à saúde mental, como a todos os segmentos da função social do Estado Contemporâneo o princípio de que à Sociedade cabe, num esquema de interação com o Estado, gerar e cumprir os dispositivos legais que lhe possibilitem exercitar sua constante e construtiva participação nas ações do Estado, especialmente no desempenho de sua função social.

Estes, somados aos princípios da medicina como ciência social apresentados por Salomon Neumann e Leubuscher consagrando a saúde do povo como responsabilidade social, cabendo ao Estado proteger e assegurar a saúde de seus membros, a concepção de que as condições econômicas e sociais têm um efeito significativo sobre a saúde e a doença, servem para comprovar a importância histórica que teve o Estado e ainda continua a ter na área da saúde.

Não seria contraditório apresentar um Estado preocupado com o social no momento em que o neoliberalismo, política e ideologicamente alcançou êxito num grau com o qual os seus fundadores provavelmente jamais imaginaram, disseminando a idéia de que não há alternativas para os seus princípios, e que todos devem adaptar-se às suas normas ?

Sem ter a pretensão de ter a resposta, reconhece-se no neoliberalismo como uma acelerada reversão das nacionalizações efetuadas na pós-guerra, com a privatização em massa; a desregulamentação das atividades econômicas e sociais pelo Estado, baseada na superioridade da eficiência do mercado e da reversão de padrões universais de proteção social, encontra na crise econômica, especialmente na crise fiscal do Estado, um maior sucesso no controle da inflação, produzindo efeitos ideológicos e políticos mais fortes a partir da diminuição brusca do processo inflacionário. O neoliberalismo criou uma sociedade marcadamente desigual, um Estado menor, a dívida social aumentando de forma incontida, a desmontagem de serviços públicos, o crescimento de capital corrupto, o desemprego maciço a repressão sindical, a redistribuição de renda a favor dos ricos, a destruição da esperança e das organizações sindicais populares e de movimentos sociais que tiveram a capacidade de dar uma resposta à ideologia neoliberal. O neoliberalismo também sobrevive pela incapacidade da esquerda, cujo discurso social e politizado consegue atrair a atenção das massas para depois no poder aplicar o seu receituário como a solução para todos os males.

Para entender o êxito do neoliberalismo SADER (1995, 103), ao mencionar o caminho das reformas econômicas orientadas pelo mercado, em uma posição ideológica adversa e com franqueza, em síntese esclarece:

“Para o dogma neoliberal, a geração de pobreza é sinal de que está caminhando no rumo correto. A pobreza e os sofrimentos das massas têm um significado promissor: na realidade significa que ‘as forças do mercado’ estão se movendo sem interferências e a reestruturação econômica procede tal qual se esperava, uma vez que o Estado se colocou de lado e o ‘instinto capitalista’ se pôs em marcha, livre das

regulações ‘artificiais’ caprichosamente estabelecidas durante décadas por governos hostis”.

Torna-se necessário rejeitar o dogmatismo neoliberal e começar a pensar numa visão ética e de uma compreensão científica radicalmente diferente da própria crise que pretendemos superar. Será que em um País como o Brasil seria possível sobreviver sem a intervenção do Estado? Concorde-se que é inaceitável viver em uma sociedade na qual a desigualdade na distribuição de renda se acentua cada vez mais, as diferenças sociais entre pobres e ricos aumentam dia a dia, e a saúde e a educação continuam sendo responsáveis por altos índices de mortalidade infantil, baixo período de vida média e até aumento do analfabetismo. Finalmente, para reverter esse ^{processo} de desigualdades, somente com a participação de um Estado forte e democrático.

Além de tais contradições, acrescente-se ainda a nova realidade da globalização dos processos por meio dos quais os povos do mundo são incorporados em uma única sociedade. A reflexão sobre essas contradições em suas configurações e movimentos, transborda os limites convencionais desta ou daquela ciência. Ainda que haja ênfases e prioridades, logo fica evidente que qualquer análise envolve necessariamente a economia da sociedade global, aspectos políticos, históricos, geográficos, demográficos, culturais, sociais e muitos outros.

Noções de espaço e tempo estão sendo revolucionadas pelos desenvolvimentos científicos e tecnológicos incorporados e dinamizados pelos movimentos da sociedade global. As redes de articulações e as alianças estratégicas de empresas, corporações, conglomerados, fundações, centros e institutos de pesquisas, universidades, igrejas, partidos, sindicatos, governos e meios comunicação agilizam relações, processos e estruturas, espaços e tempos, geografias e histórias. O local e o global estão ao mesmo tempo distantes e próximos, o mundo

se torna mais complexo e mais simples, micro e macro, épico e dramático, globaliza-se o espaço, que não é mundial como um todo: todos os lugares são mundiais, não há um espaço mundial, quem se globaliza mesmo são as pessoas e os lugares.

A sociedade global apresenta desafios empíricos e metodológicos, ou históricos e teóricos, que exigem novos conceitos, outras categorias e diferentes interpretações. Será que o neoliberalismo continuará encontrando solo fértil para desenvolver-se ? Para IANNI (1995, 17), citando Albrow e King:

“a globalização pode assim ser definida como a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa. Este é um processo dialético porque tais acontecimentos locais podem-se deslocar numa direção inversa às relações muito distanciadas que os modelam. A transformação local é tanto uma parte da globalização quanto a extensão lateral das conexões sociais através do tempo e espaço. Assim quem quer estude as cidades hoje em dia, em qualquer parte do mundo, está ciente de que o que ocorre numa vizinhança local tende a ser influenciado por fatores tais como dinheiro mundial e mercados de bens operando a uma distância indefinida da vizinhança em questão”.

Apesar de a economia globalizada nestes últimos anos influenciar e modificar a vida de todas as pessoas em qualquer parte do mundo, a discussão sobre as vantagens de um Estado máximo ou mínimo ainda manterá fôlego por muito tempo. Discutindo sobre o Estado que queremos, DEMO (1994,49-54), entende que não deveríamos escolher nem o capitalismo liberal nem o socialismo e se o Estado é inevitável a questão que importa é o seu controle democrático. Somente o cidadão organizado poderá dizer qual Estado lhe convém. Coloca o Brasil como um Estado

grande porque é prepotente diante dos movimentos de base; gasta mais do que arrecada; é clientelista e corrupto; invade desnecessariamente espaços produtivos incrementando o parasitismo social seu problema principal não é o tamanho nem a pretensa urgência de privatização, mas a sua precária qualidade democrática. Propõe o restabelecimento do confronto dialético entre o Estado e sociedade civil, o controle democrático de baixo para cima reconhecendo a tendência histórica típica do Estado de representar as forças dominantes, conclui: “ **O Estado não é o que diz ser nem o que quer ser, mas o que a cidadania popular organizada o faz ser e querer**”.

Preocupado com o Estado que não consegue ter autonomia sobre os grupos governantes, WOLKMER(1990, 43-59) busca questionar e redefinir as formulações teóricas tradicionais do Estado para estabelecer um novo paradigma à Sociedade política, e aumentar a consciência crítica da população, construindo uma sociedade madura e participativa. Portanto propõe, medidas estratégicas de longo prazo que implicam uma nova maneira de relacionamento e de organização em Sociedade, como a luta pela cidadania, o desenvolvimento consciente dos canais de participação democrática dos partidos, sindicatos , comunidades de bairros, conselhos de fábricas, minorias étnicas etc., e o efetivo controle descentralizado e popular dos aparelhos burocráticos do Estado. Na sua concepção crítica, o autor identifica como questão central a necessidade de repensar, criticamente um novo conceito de Estado, adequado às particularidades sócio-econômicas e político-culturais que passam pelo resgate da autenticidade e da originalidade de sua identidade cultural, subordinado e controlado pelo poder das bases e da Sociedade Civil. Enfim, considera a presença do Estado no Brasil não só necessária mas até inevitável, como articulador e reordenador dos espaços democráticos de acesso popular, como legítimo mandatário da Sociedade Civil, plenamente organizada pelo exercício e pela participação da cidadania.

Tangenciando as questões que envolvem o Estado -- função social, neoliberalismo e globalização -- concorda-se que interessam sim a submissão e os compromissos do Estado com a Sociedade; a sujeição do econômico pela força social, a função social consolidando-se conforme cada sociedade e seu Estado. Não se pretende questionar a importância do Estado, porque as políticas de saúde e especialmente as de saúde mental devem tê-lo como principal responsável. Nos capítulos seguintes o Estado se encontra presente nas relações do doente mental com a Sociedade, mesmo que sua participação na assistência se tenha caracterizado pela custódia e pela incapacidade de traduzir na prática os benefícios das políticas e das leis que jamais resultaram em benefícios para a população assistida. O Estado historicamente tem participado, o que se exige é a alteração do modelo baseado em instituições hospitalares custodiais para outras formas de assistência não hospitalares que privilegiem a humanização nas suas relações com as demais pessoas, transformando-as em cidadãos com os mesmos direitos, obrigações e deveres dos demais.

No capítulo seguinte serão abordadas as tendências básicas do pensamento psiquiátrico segundo Alexander e Selenisk, Jaccard, Szasz, e Goffman.

CAPÍTULO 2

UMA BASE TEÓRICA DA DOENÇA MENTAL

2.1 Tendências básicas do pensamento psiquiátrico

É muito difícil, neste momento, apresentar um conceito ou definição de doença mental, considerando que existem diversas correntes da psiquiatria estudando o assunto desde tempos remotos sem chegar a um consenso. Neste sentido, optou-se por utilizar o trabalho de ALEXANDER E SELENISK (1968, 28-37), para situar mais adequadamente a questão e as abordagens sobre doença mental elaborada por JACCARD (1981, 51). As tendências básicas do pensamento psiquiátrico, segundo Alexander e Selenisk (1968), podem remontar aos tempos mais antigos, na tentativa de explicar as doenças da mente por seus aspectos físico, psíquico e até por meio da magia, conforme se verá a seguir.

2.1.1 Métodos de abordagem segundo Alexander e Selenisk

2.1.1.1 Método mágico

O homem primitivo curava seus males com várias técnicas empíricas, toscas e intuitivas, refrescava seus ferimentos com saliva, aliviava a febre deitando-se em água fria, extraía matéria estranha de sua pele da melhor maneira possível com os dedos, esfregava os ferimentos com lama, sugava o lugar onde a serpente mordida. A primeira tentativa de explicar a doença mental ocorreu quando as causas de uma doença não eram evidentes. O homem primitivo as atribuía a influências malignas,

quer de outros seres humanos quer de seres sobre-humanos. E lidava com as primeiras pela magia ou feitiçaria e com as últimas pelas práticas mágico-religiosas. Esses métodos de tratamento eram tentativas de mudar psicologicamente as conseqüências malévolas, daí ser a psiquiatria historicamente a mais antiga das especializações médicas. A medicina primitiva pode ser considerada psiquiatria primitiva. Não havia separação entre medicina, magia e religião. A magia era sempre dirigida contra algum ser mortal ou sobre-humano que maldosamente provocara uma doença em outrem. O curandeiro primitivo lidava com esses seres e com os maus espíritos, torturando seu paciente com recursos humanos, como apelo, reverência, súplica, suborno, intimidação, apaziguamento, confusão e punição através de exorcismo, rituais mágicos e encantamentos. Achava que a doença era causada pelo acréscimo de algo supérfluo, que era geralmente atirado para dentro do corpo por um feiticeiro ou um deus, com o emprego de tubos ou dardos soprados. Para o primitivo enquanto o corpo e a alma estavam juntos, o homem gozava de boa saúde mas, se a alma ou parte dela o deixava ou era seqüestrada, o homem ficava doente. De acordo com a crença de cada tribo, a alma localizava-se em partes variadas do corpo, como no coração ou nos rins. O feiticeiro perverso enganava a alma da vítima, tirava-a dele e assim criava a doença dentro dele.

A medicina primitiva consistia em influenciar os acontecimentos naturais, entre os quais as doenças do corpo e da mente. Essa medicina animístico-mágica reflete o ponto de vista do homem primitivo sobre o universo, baseado nas descobertas das leis psicológicas que governam seu próprio comportamento. O homem mais antigo experimentou em seu próprio comportamento certas seqüências de acontecimentos que lhe pareceram naturais, evidentes por si próprias. Parecia-lhe natural sentir-se enraivecido quando era atacado ou amedrontado quando tinha o impulso de atacar alguém que o derrotara anteriormente. O homem primitivo teve esse tipo de conhecimento muito antes de compreender a ordem das coisas no

mundo que o cercava. Não sabia que as bactérias causavam infecção em ferimentos, mas sabia usar seu próprio corpo e aplicava esse conhecimento interior e subjetivo aos acontecimentos exteriores. O vento era destruidor, daí presumia a existência de um ser encolerizado que o soprava para atacá-lo. A chuva era mandada por espíritos para recompensá-lo ou castigá-lo. A doença era uma aflição mandada por seres sobre-humanos invisíveis ou era resultado das manipulações mágicas de seus inimigos. Ele animava o mundo que o cercava, atribuindo a acontecimentos naturais as motivações humanas que tão bem conhecia por suas próprias experiências subjetivas. Desta forma, parecia-lhe lógico tentar influenciar os acontecimentos naturais pelos mesmos métodos que usava para influenciar seres humanos através de encantamento, oração, ameaça, suborno, punição e expiação.

Para Szasz (1976, 11-392), antigamente, quase todos acreditavam em bruxaria, magia simpática e feitiçaria. Os homens têm e sempre tiveram uma profunda necessidade de perceber as causas de catástrofes naturais, epidemias, infelicidades pessoais e morte. A magia e a feitiçaria têm uma teoria primitiva para explicar essas ocorrências, e métodos adequados para enfrentá-las. O comportamento das pessoas que difere do apresentado por seus semelhantes constitui um mistério e uma ameaça. As noções de posse pelo demônio e loucura dão uma teoria primitiva para explicar esses acontecimentos e os métodos adequados para enfrentá-los. Essas crenças universais, bem como as práticas a elas ligadas, são os materiais a partir dos quais os homens constroem os movimentos e as instituições sociais. As crenças que instituíram a caça às bruxas existiam muito antes do século XIII, mas só então a sociedade europeia as usou como base para um movimento organizado. Esse movimento que tinha o objetivo ostensivo de proteger a sociedade contra o mal, transformou-se na Inquisição. A partir do século XIII, todos os tipos de desgraças, desde colheitas ruins até epidemias, eram atribuídos a feiticeiras e judeus. Essa página da história deve ser relatada não como algo romântico e distante, com a

crença na feitiçaria tirando milhões de vidas em todo o mundo. A citação desses fatos no momento em que mencionamos o modelo mágico serve para ilustrar a que ponto chegou o indivíduo com sua crença mística permitindo que o fanatismo religioso provocasse a maior perseguição e injustiça cometida em 400 anos da história.

A mais importante ameaça surgiu nas fileiras da própria Igreja. Séculos de celibato compulsório não haviam inibido os impulsos eróticos de monges e freiras. Sabia-se que existiam passagens subterrâneas interligando conventos. A gente das cidades muitas vezes precisava enviar prostitutas aos mosteiros a fim de proteger as donzelas da localidade. Tornava-se mais imperativo que a Igreja iniciasse um movimento antierótico, que tornasse suspeitas as mulheres, estimuladoras da licenciosidade dos homens. Os impulsos condenáveis dos homens não podiam mais ser tolerados, por isso foram projetados sobre as mulheres à sombra de um estandarte misógino, cujo lema incidia na mulher como um templo construído sobre uma cloaca. As mulheres despertavam as paixões do homem, portanto deviam ser transmissoras do demônio.

Também é oportuna a contribuição de MANDROU (1968, 7-458), que na realidade não só escreveu como também pesquisou profundamente o assunto na França, consultando durante 15 anos documentos, processos, arquivos em Rouen, Aix en Provence, Bensaçon, Toulouse e muitas outras cidades francesas. Em seu trabalho o autor apresenta um diabo presente em toda parte, aproveitando-se das fraquezas humanas, o "Príncipe do inferno" promete riquezas terrestres a todos os indivíduos, o sabá, a licanthropia, a magia diabólica, o diabólico feitiço da impotência, demônio onisciente, onipresente e polimorfo que não tem outra função senão a de consumir a ruína do gênero humano. A feitiçaria é hereditária, a copulação das feiticeiras com o demônio, o exorcismo diante das multidões, com

diabos tagarelas freiras exaltadas, gesticulação, discurso público, gritos acusações, linguagem obscena. Estupidez de Lúcifer, que não ensina latim a seus diabos e não os envia ao colégio. As feiticeiras relatam suas ações e sacrifícios, suas danças, fascinações, ligações e feitiçarias. O feiticeiro se faz criatura através de pacto. Punctum diaboliam (marca imposta pelo demônio as suas criaturas), confisco de bens, aprisionamento, execução, grilhões, pelourinho, torniquetes, estrepadas.

É importante deixar claro também que feitiçaria, magia, sacrifícios e perseguições nos moldes do mencionado não são coisas do passado, e podem nos dias de hoje estar presentes em muitas oferendas religiosas, persistindo a crença de que sacrifício de pessoas serve para espantar os males, trazer riqueza e poder. É evidente que houve acentuada mudança nas formas de como se realizam, mas os cultos e cerimônias que retiram espíritos, expulsam demônios e provocam curas continuam presentes em nosso meio.

Outro princípio importante na magia é a idéia de que duas coisas separadas por certa distância podem produzir um efeito recíproco por meio de uma relação secreta. Sir James Frazer (1854-1941) chamava-a de magia simpática. Duas coisas que parecem semelhantes afetam-se mutuamente por meio de sua semelhança, porque cada uma tem simpatia pela outra. Desse raciocínio deriva-se a magia chamada mimética. O próprio curandeiro pode representar a doença e o restabelecimento de seu paciente, fingindo estar próximo da morte, contorcendo-se na agonia e depois melhorando lentamente. O efeito é conseguido por meio da capacidade do feiticeiro para influenciar psicologicamente sua sugestível vítima. Não é de admirar que em sociedades mais primitivas, os indivíduos mais poderosos, mais empreendedores e muitas vezes mais bem dotados sejam médicos feiticeiros. Para resumir, o efeito da magia depende da sugestibilidade da pessoa sobre a

qual ela é feita, do poder de sugestão do mágico que influencia e, finalmente, de uma ligação simpática entre objetos.

Enfim, o método mágico explicava a doença mental através de tentativas de lidar com acontecimentos inexplicáveis por meio de magia. Eram processos psicológicos visando a influenciar todos os acontecimentos naturais, entre os quais as doenças do corpo e da mente.

2.1.1.2 Método orgânico

A segunda tentativa de explicação é o método orgânico, pelo qual a neuropsiquiatria continuou a prestar significativas contribuições ao conhecimento da doença mental durante o século XX. Especialistas começaram também a aplicar, sempre que possível, aos problemas da doença mental, as mais novas teorias médicas sobre doenças. A microbiologia tornou-se extremamente importante no universo médico nas primeiras três décadas do presente século. O conhecimento dos micróbios como principais atacantes dos tecidos foi estendido às desordens mentais. A sífilis do cérebro e a sua cura pela inoculação da malária, tornaram-se um modelo de doença mental orgânica e seu tratamento. Em 1917, uma grave epidemia de influenza espalhou-se pelo mundo inteiro. Muitas dessas vítimas adquiriram encefalite viral, que resultou em grave lesão neurológica e psicológica. Essa epidemia indicou que outro agente infeccioso podia atacar o cérebro e o bulbo raquiano, produzindo doenças nesses órgãos, com conseqüentes perturbações neuropsiquiátricas. O trabalho no terreno de doenças que resultam de deficiências nutricionais produziu outro modelo de terapia orgânica de condições psicóticas, quando se descobriu que deficiências de vitaminas B causavam graves distúrbios, como a pelagra e o beribéri, que afetam o metabolismo cerebral e resultam em

sintomas psicóticos. Embora o tratamento com vitaminas tenha pequeno efeito na doença mental, exceto nos casos devidos a uma deficiência vitamínica, outro aspecto da pesquisa sobre vitamina, o da relação entre vitaminas e enzimas talvez ainda ofereça valiosos dados neuropsiquiátricos. A pesquisa sobre enzimas já resultou em uma das primeiras vitórias da ciência médica sobre uma forma de deficiência mental, aquela associada à cetonúria. Em meados de 1930, A. Folling, bioquímico norueguês, chamou a atenção para o fato de certas crianças retardadas sofrerem de um erro inato do metabolismo de dois aminoácidos essenciais, fenilalanina e triptofânio. Quando a enzima (hidroxilase de fenilalanina) está ausente ou inativa, a fenilalanina acumula-se no sangue tal como acontece com o açúcar na diabetes. Uma vez feito o diagnóstico (através do exame do pezinho) de fenilcetonúria, a criança poderá ser submetida a uma dieta com limitação de fenilalanina, e assim evitando o mau desenvolvimento cerebral e o conseqüente retardamento mental.

O isolamento da insulina por Frederick Banting, em 1922, pôs sob controle a diabetes, iniciando também o primeiro tratamento biológico ou orgânico para esquizofrenia. Aconteceu por pequenas doses de insulina, que foram utilizadas para estimular o apetite em pacientes com doenças crônicas, entre os quais os hospitalizados com graves doenças mentais. Embora médicos como H. Steck, na Suíça, C. Munn, nos Estados Unidos, e H. Haack, na Alemanha, tivessem observado efeitos benéficos dessas doses de insulina sobre a disposição de pacientes psicóticos excitados, a idéia de empregar insulina no tratamento de psicóticos foi desenvolvida por Manfred Sakel (1900-1957), que tratou pacientes que se recuperavam da adição de morfina no Lichterfelde Hospital, em Berlim de 1927 a 1933, e observou que aqueles que se abstinham da morfina ficavam claramente excitados. Considerou que essa excitação era causada pela superatividade dos sistemas endócrinos adrenal-tireoidiano e raciocinou que uma droga antagônica a esse sistema diminuiria também o tônus do sistema nervoso simpático, que aumenta a superatividade desse sistema

endócrimo. Fez experiências com a insulina e descobriu que dosagens elevadas pareciam realmente diminuir os estados superativos. Sakel decidiu então, experimentar o emprego de insulina em dosagens suficientemente elevadas para produzir coma em pacientes excitados, especialmente aqueles que tinham diagnóstico de esquizofrenia. Em fins de 1933, Sakel relatou suas primeiras descobertas experimentais sobre os resultados benéficos do choque de insulina na esquizofrenia. Os esforços terapêuticos de Sakel não foram unanimemente aceitos pela classe médica, primeiro porque a explicação teórica de seu método era vaga, segundo porque embora a doença reagisse inicialmente favorecendo muitos pacientes esquizofrênicos agudos, a insulina, como outras terapias, era menos eficiente nas fases crônicas. Como não era um regime terapêutico fácil, necessitando de trinta a cinquenta horas de coma com cuidados de enfermagem e médicos especializados para obter efeito máximo, passou a ser combatido. Em Santa Catarina a insulino-terapia persistiu até os anos 70.

Em 1932, Ugo Cerletti (1877-1963), na clínica neuropsiquiátrica de Gênova, quando realizava necrópsia nos corpos de pessoas mortas por epilepsia, observou endurecimento em um setor do cérebro conhecido como trompa de Ammon. e resolveu descobrir se esse tal endurecimento causava ataques epiléticos ou se era conseqüência deles. Como presumia que as drogas empregadas para produzir convulsões experimentais podiam ter produzido o endurecimento no cérebro, decidiu substituí-las por estimulação elétrica. Mais tarde, em 1935, em Roma, Cerletti começou a trabalhar com Bini. Ficaram sabendo que em um matadouro de Roma, antes de serem abatidos os porcos, eram entorpecidos por uma corrente elétrica. Bini usou os suínos para estabelecer uma dosagem segura de eletricidade. Em 15 de abril de 1938, foi aplicado o primeiro tratamento de eletrochoque em um paciente esquizofrênico. Tornou-se evidente que o eletrochoque era superior ao Metrazol, pois era menos perigoso, menos dispendioso e causava convulsão mais branda.

Devido à simplicidade de seu processo e os resultados favoráveis, na década de 40 já substituía os tratamentos de choque insulina na esquizofrenia. O tratamento de choque consistia na passagem de 70 a 130 volts durante um a cinco décimos de segundo por eletrodos ligados à cabeça do paciente. Geralmente eram aplicados três tratamentos por semana; qualquer número de tratamentos, de cinco a trinta e cinco, podiam ser considerados ideais. Para um processo relativamente violento, os efeitos secundários eram brandos e o paciente não sentia dor. O perigo de fraturas ósseas foi reduzido ao mínimo pelo emprego de drogas semelhantes a curare (por A.E.Bennet em 1941) para inibir a produção de acetilcolina na junção neuromuscular e assim reduzir o espasmo muscular. O paciente perde a consciência imediatamente após a aplicação do choque, portanto a resistência a novas sessões não está ligada à lembrança de trauma físico. A característica mais impressionante do período pós-tratamento é que o paciente tem uma perda de memória de grau variado em relação a acontecimentos recentes. Tal amnésia pode perdurar por várias semanas ou meses após o tratamento, mas com o tempo a memória é restabelecida. Toda a modificação cerebral que ocorre é reversível e é muito rara uma lesão cerebral persistente. Em Santa Catarina foi utilizado esse tratamento até os anos 80.

Egas Muniz de Aragão (1874-1955), professor clínico de Neurocirurgia na Universidade de Lisboa, acreditava que idéias mórbidas estimulam e reestimulam os neurônios. Embora nenhuma mudança patológica pudesse ser percebida nas sinapses ou nas células nervosas de pacientes que sofriam de psicoses funcionais, acreditava que, se a área frontal do cérebro fosse alterada, a recorrência de pensamento doentio seria interrompida. Realizou a primeira lobotomia frontal em 1935, com auxílio do neurocirurgião português Almeida de Lima. Durante a década de 40, a psicocirurgia foi preconizada para pacientes com psicoses irretratáveis resistentes a tratamentos de choque. Embora a mortalidade em operações pré-frontais fosse de um ou dois por cento, mutilava irreparavelmente uma parte do cérebro e por isso ergueram-se altos

protestos contra seu emprego. Os pacientes submetidos a psicocirurgia não ficavam apenas mais calmos mas, muitas vezes, eram reduzidos à condição de plácidos "zumbis". Em nosso Estado nunca foi utilizada.

Assim, antes que operassem do cérebro, para aliviar a ansiedade e tensão, surgiu, a psicofarmacologia. Em geral, o padrão da terapia da droga para doença mental foi de entusiasmo inicial, seguido por decepção. Primeiro foram os brometos, descobertos por Balard em 1826, sendo utilizados pelos médicos nos fins do século XIX e início do século XX. O público americano desejava-o tanto que em 1928, de cada cinco receitas, uma era de brometos.

A planta da raiz da cobra era desconhecida do mundo ocidental até o começo do século XVII, quando Plumier, um botânico francês, a descreveu pela primeira vez, dando-lhe o nome de *Rawolfia serpentina* em homenagem a um médico e botânico alemão, Leonard Rauwolf, que entre 1573 e 1574 explorava as plantas medicinais do Oriente. Contudo, não foi senão na década de 1930 que se dedicou interesse científico sério a seu potencial médico. Em 1931, dois médicos indianos, S. Siddiqui e Rafat Siddiqui, isolaram cinco alcalóides da planta de raiz de cobra, e dois outros cientistas indianos, Ganneth Sen e Katrik Rose, descreveram o uso da *rauwolfia serpentina* em casos de pressão arterial elevada e também em psicoses. Na década de 1950, a capacidade da *Rawolfia* em baixar a pressão arterial e acalmar pacientes excitados, sem provocar estado de confusão, era reconhecida também dos médicos ocidentais. Medicamentos contendo alcalóides de suas raízes estavam sendo receitados em todo o mundo, sob numerosas denominações comerciais como: moderil, sandril, serpasil, reserpina e harmony. Outro grupo de poderosos tranqüilizadores, os derivados da fenotiazina, foi desenvolvido como produto de meticulosa investigação de laboratório. Um desses derivados foi empregado para combater vermes parasitários no gado, mostrando-se eficaz também contra a malária

e a tripanosomíase. Em 1952, Dean Deley, psiquiatra Francês, juntamente com Pierre Deniker, relatou os resultados benéficos do emprego da clorpromazina uma fenotiazina, no tratamento de pacientes psicóticos. Na década de 50, os derivados da planta da raiz de cobra da Índia antiga e compostos químicos pareciam combater tudo, desde alergia até psicose. Foram lançados meprobromatos, tranqüilizantes menores como diazepam. Nas décadas de 80 e 90, o carbonato de lítio que foi e é utilizado para depressão, também seria considerado benéfico para quase todas as outras doenças, especialmente nos Estados Unidos. Até hoje, o uso indiscriminado de drogas psicotrópicas constitui perigo para a adequada assistência psiquiátrica, não parecendo provável que uma droga venha resolver o problema da doença mental. Enfim, o método orgânico tenta explicar as doenças da mente em termos físicos.

2.1.1.3 Método psicológico

Na terceira tendência de explicação, deve-se retornar ao homem primitivo da primeira , pois o comportamento anormal vinha de fora do indivíduo, através de um espírito mau que tomava posse do sofredor. A doença mental era causada por forças espirituais más. Em principio, ele estava certo quando associava a doença mental a forças psicológicas. O que só foi reconhecido recentemente, é que essas forças não se encontravam fora dele e não eram causadas por magias mas provinham de seus próprios e inaceitáveis desejos, temores e impulsos. Estamos, então, na terceira tendência. O método Psicológico à essência da perturbação mental é precisamente a incapacidade do homem para enfrentar a si próprio. e reconhecer os sentimentos e motivações que sua consciência repudia. Nesse fenômeno central que Freud chama de "repressão" reside a razão da diferença de tempo entre o desenvolvimento da psiquiatria e do resto da medicina. As emoções e impulsos inaceitáveis que o homem exclui de sua consciência não deixam de existir e de influenciar o comportamento.

Nos doentes mentais, causam sintomas neuróticos, psicóticos e emocionais; nas pessoas normais, formam as imagens dos sonhos. Foi necessário muita sinceridade e coragem moral para que o homem moderno admitisse abrigar ainda por baixo de sua superfície civilizada e apesar de todas as suas crenças morais e religiosas, os mesmos indomados e indomesticados impulsos sexuais e hostis de seus ancestrais. Como o conhecimento e o tratamento da maioria das perturbações mentais exigem o reconhecimento de que a maioria de neuroses e psicoses é manifestação de motivações inconscientes e reprimidas, não é de surpreender que, o método psicológico em psiquiatria, a descoberta do eu como algo que exige técnicas especiais de auto-observação e comunicação verbal, tenha sido o último capítulo do pensamento médico.

A ciência descreveu primeiro o que está mais longe do homem, as estrelas. Depois descreveu seu corpo, e no final de tudo, o que está mais próximo do homem, sua própria personalidade.

Sempre que cientistas e filósofos se aproximaram de uma avaliação racional da natureza do homem, a humanidade recuou e recorreu de novo a explicações mágicas, ou, iludiu-se com especulações pseudocientíficas. Quando Aristóteles, desenvolvendo as opiniões de Sócrates e Platão, que acreditavam ser possível obter vida boa através do conhecimento próprio e do pensamento racional, conseguiu delinear a primeira psicologia racional, ainda acreditava, com Platão, que o intelecto tinha origem divina. Quando Hipócrates declarou que a doença sagrada, a epilepsia, não era mais sagrada que qualquer outra doença e não era resultado das maquinações de espíritos sobrenaturais, ainda acreditava que a melancolia era causada por bÍlis preta e podia ser curada com purgativos. Vários séculos depois, Cícero contestou a hipótese da bÍlis preta e sustentou que a melancolia era resultado de dificuldades psicológicas. Proclamou que as pessoas eram responsáveis por suas dificuldades

emocionais em um sentido psicológico, que traziam suas doenças para dentro de si e que podiam fazer alguma coisa em relação a elas. Estavam lançados os alicerces da psicoterapia, embora para ele fosse filosofia. Mas suas idéias só foram aceitas na era moderna.

Santo Agostinho, que foi um importante psicólogo introspectivo antes de Freud, e que expôs impiedosamente tudo quanto sentia como mal dentro de si próprio, ainda duvidava de que o homem sozinho, pela investigação de si próprio, pudesse conquistar domínio sobre suas paixões carnis sem procurar auxílio sobre-humano da Graça Divina. Já no século XIX, Mesmer quase reconheceu o poder curativo de um fenômeno psicológico, a sugestão hipnótica, mas atribui ao efeito do magnetismo animal que acreditava fluir por seu toque mágico do corpo do hipnotizador para o paciente.

Parece que o homem tem profunda tendência para compreender as perturbações de seu comportamento em termos de psicologia. Foge à responsabilidade que resulta de tal conhecimento e está disposto a culpar os espíritos, o demônio ou mesmo fluidos místicos de seu corpo por seu comportamento anormal em vez de reconhecer que ele é resultado de seus próprios sentimentos, esforços e conflitos interiores.

O mais dramático exemplo da ameaça que o homem sentia em um método racional de psicologia humana foi sua volta à forma mais primitiva da demonologia durante a Renascença. Em todos os demais terrenos, o método racional se afirmava vigorosamente, cresceram os estudos de anatomia e fisiologia, a arte e a literatura retrataram o homem realisticamente como um indivíduo. Montaigne e Maquiavel trataram os problemas da psicologia concretamente e fizeram progressos na descoberta do homem como pessoa em todos os seus problemas sociais e pessoais.

Boccaccio e Rabelais retrataram impulsos grosseiros do homem, não só com realismo sem precedentes mas, também, com verdadeiro prazer. Durante os séculos XVI e XVII, o homem começou a tomar conhecimento de suas forças vitais instintivas e em violenta reação contra o conhecimento psicológico, a demonologia avançou rapidamente. O homem não podia aceitar a responsabilidade por seus impulsos, particularmente por seus impulsos sexuais, explicados com eficiência por escritores e artistas da Renascença, e tinha de atribuí-los à influência de um agente estranho: o demônio, os bruxos e as feiticeiras que se acreditava serem seus instrumentos.

Necessário se faz ingressar nas duas primeiras décadas do século XX, quando Freud e seus seguidores ficaram fascinados pelo recém-descoberto universo da mente inconsciente. A análise de sonho, as associações, demonstraram-se instrumentos eficazes; o conceito de inconsciente, complexo de Édipo, complexo de castração, rivalidade reprimida entre irmãos, conteúdo mental pré-genital e regressivo revelado em sintomas neuróticos e psicóticos tornaram-se a preocupação de Freud e seus discípulos.

A publicação de **Além do Princípio do Prazer, O Ego e o Id e Sintomas, Inibições e Ansiedade, de Freud**, abriram uma nova era. Psicanalistas passaram a estudar além das manifestações isoladas do conteúdo mental reprimido, mas também colocar essas manifestações no contexto do sistema dinâmico complexo da personalidade total, que Freud gostava de chamar de aparelho mental. O significado do conteúdo mental deixou de ser o foco de atenção, passando os estudiosos a interessar-se pela dinâmica entre as forças reprimidas e repressoras. A arte de interpretar era considerada coisa comum, por isso voltou-se para a compreensão dos princípios dinâmicos da organização interior de toda a personalidade assinalando o início da psicologia psicanalítica do ego.

A natureza adaptacional do desenvolvimento do ego já pronunciada por Freud quando distinguiu entre o princípio do prazer e o princípio da realidade. Ferenczi, foi o primeiro a descrever os pormenores da fase inicial do processo de adaptação, começando com o pensamento mágico e chegando ao pensamento realístico baseado na prova da realidade. Herman Nunberg, referiu-se às funções sintéticas do ego que são perturbadas na esquizofrenia, reiterando que o ego não tolera contradição, coloca as tendências do id em harmonia com as exigências da realidade e promove um equilíbrio entre as reclamações do superego e da realidade, de um lado, e do id do outro. Paulo Schilder elaborou o conceito de que a imagem do corpo torna mais concreta a noção do ego. Concebeu o ego como uma entidade irreduzível na qual a consciência do corpo e de suas funções é um componente significativo, pois a pessoa percebe que os movimentos do seu corpo estão subordinados à vontade. Paulo Federn postulou que o estudo concreto do ego só pode ter significado pela observação de graves perturbações de sentimentos do ego. Ana Freud descreveu pela primeira vez o mecanismo de defesa comum, a identificação com o agressor, em que, temeroso de expressar raiva contra o agressor irresistível, o indivíduo identifica-se com seus seqüestradores e descarrega a culpa na Sociedade. Hartmann propôs-se focalizar a atenção das funções do ego que não lidam com a resolução de conflitos interiores, mas com a adaptação do indivíduo a seu ambiente, como percepção, intenção, compreensão de objeto, pensamento, linguagem, fenômenos de recordação e produtividade. As especulações de Melanie Klein que se interessou pelo processo através do qual as primeiras imagens paternas são introjetadas no ego, particularmente as chamadas imagens más, pelas quais a criança se sente perseguida. Kardiner acreditava de que o ego traumatizado tenta escapar de experiências traumáticas, os sintomas da neurose traumática; como perda de consciência, fala, locomoção e coordenação de movimentos são de fato em sua maioria reações de

evitação. Colocando fora essas faculdades, o indivíduo regride ao estado de uma indefesa criança de colo.

Todos estes trabalhos e muitos outros contribuíram significativamente para que o método psicológico tenha recebido o status que adquiriu nesse período. Seria praticamente impossível descrever, mencionar ou resumir os trabalhos que trataram do assunto.

Enfim, o método psicológico procura encontrar explicações psicológicas para as perturbações mentais.

2.1.2 A doença mental segundo Jaccard

Já abordado os aspectos causais de doença mental segundo Alexander e Selenisk, cumpre verificar outra abordagem que também se preocupa com o mesmo assunto. JACCARD (1981), que não está em busca de uma teoria verdadeira, mas da forma mais prática de sistematizar e entender a doença mental, já que elas representam teorias e práticas bastante diferentes e até rivais, teve o mérito de apresentar um quadro semelhante ao de Alexander e Selenisk, com a vantagem de incluir na sua classificação a abordagem sociológica. Para ele, são possíveis três abordagens da doença mental: a organicista, a psicanalítica e a sociológica, as quais serão vistas a seguir:

A abordagem organicista, também denominada médica, atribui a fatores organogênicos as causas da doença mental e pode ser comparada ao modelo orgânico de Alexander e Selenisk.

A abordagem psicanalítica ou psicológica está respaldada na teoria freudiana ou em outras decorrentes dela, como a psiquiatria dinâmica, e explica a doença através de fatores psicogênicos, podendo também ser considerada semelhante ao modelo psicológico de Alexander e Selenisk.

Todavia, a abordagem sociológica, que não tem modelo semelhante em Alexander e Selenisk, considera que a doença mental é consequência da formação de conjuntos ou grupos sociais geradores de doença que se subdividem em: sistêmica, sacrificial e política, que se explicam a seguir:

De acordo com Mannon (1981), e Lacan, na década de 50 a abordagem sistêmica introduziu os primeiros conceitos de que o ambiente humano não é biológico nem social, mas lingüístico.

A abordagem sacrificial foi retomada por Laing e Esterson (1980), que não aceitavam a validade da terminologia clínica e passaram a compreender a doença mental como uma síntese de “atribuições clínicas feitas por certas pessoas sobre a experiência e comportamento de outras”. Conclui-se que a doença mental é um rótulo com o qual a sociedade pune aqueles que se desviam da norma, sendo Szasz (1980) um dos seus representantes;

A abordagem política, vê a doença mental como uma enfermidade social ligada a opressão e exploração. A antipsiquiatria proposta por Cooper (1967) denuncia a violência sutil perpetuada pelos “sadios” contra os “rotulados de louco” e vai mais além, enfatizando que a violência maior em psiquiatria é a violência da psiquiatria e fundamenta seu conceito de esquizofrenia como um ato de invalidação de uma determinada pessoa por outra. Ainda fazem parte dessa abordagem os trabalhos de Basaglia (1985), que denuncia a opressão e violência entre o poder e

não poder. Para Cooper (1967), o processo de invalidação inicia no grupo microsocial, geralmente familiar, e é confirmado pelos serviços médicos. Enfim, relaciona a doença mental a fatores micro e macrossociais. A seguir alguns autores enquadrados no método sociológico.

2.1.3 A concepção de doença mental segundo Szasz

A doença mental tem também uma série de teorias e correntes que defendem pontos de vista diferentes de qualquer um dos três modelos apresentados anteriormente. Um dos mais importantes e compatíveis com a linha de nosso trabalho é SZASZ (1980, 19-30), que inicia perguntando: o que se quer dizer quando se rotula alguém de doente mental?

Em resposta, seu ensaio ensina que a doença mental decorre principalmente de fenômenos, como a sífilis cerebral ou os estados de delírio por intoxicação, levando onde a pessoa a manifestar certas desordens do pensamento e do comportamento. A suposição é de que algum defeito neurológico, por mais tênue que seja, será por fim encontrado para explicar todas as desordens do pensamento e do comportamento. Com precisão, contudo, essas são doenças do cérebro e não da mente, pertencem à neurologia, ramo da medicina que trata dos problemas e transtornos neurológicos. Essa corrente de pensamento considera a doença mental similar a outras doenças. A única diferença entre doença mental e corporal é que a primeira afeta o cérebro, enquanto a segunda afeta outras partes do organismo. Para melhor exemplificar um exemplo de defeito no sistema visual pode ser explicado por lesões no sistema nervoso; por outro lado a crença de uma pessoa, seja no cristianismo, no comunismo ou na idéia de que seus órgãos estão apodrecendo e o

corpo já está morto, não pode ser explicado como defeito ou doença do sistema nervoso.

Continuando, Szasz refere que também é amplo o uso para descrever algo totalmente diferente de doença cerebral. A dificuldade da vida para o homem moderno deriva, não tanto da luta pela sobrevivência biológica, mas também das depressões e tensões inerentes à interação social entre personalidades humanas complexas. Nesse contexto, a noção de doença mental é usada para identificar ou descrever algum aspecto da personalidade de um indivíduo. Doença mental, como deformação da personalidade, por assim dizer, é, então, vista como a causa da desarmonia humana. Está implícito que a interação social entre pessoas é vista como algo harmonioso, sendo o seu distúrbio devido somente à presença da doença mental.

O conceito de enfermidade, seja física ou mental, implica desvio de alguma norma claramente definida. No caso de enfermidade física, a norma é a integridade estrutural e funcional do corpo humano. Qual é a norma que rege o desvio como doença mental? Para Szasz, essa questão não pode ser respondida facilmente, mas qualquer que seja a norma, certo é que ela deve ser estabelecida em termos de conceitos psicossociais, éticos e legais. O exemplo da "repressão excessiva" agindo de acordo com um impulso inconsciente ilustra o conceito psicossocial e a idéia de que a hostilidade crônica, vingança ou divórcio são exemplos de normas éticas. Finalmente, a opinião psiquiátrica difundida de que somente uma pessoa mentalmente perturbada cometerá um homicídio ilustra o conceito legal como norma de saúde mental.

Difícilmente haverá uma pessoa de posição elevada que durante os últimos cinquenta anos não tenha sido diagnosticada por um psiquiatra como sofrendo de

alguma doença mental. O confinamento do doente mental em um hospital psiquiátrico constitui um arranjo social pelo qual uma parte da sociedade assegura para si certas vantagens às custas da outra parte. Tal opressão, deve respaldar-se em alguma ideologia para justificar seus objetivos e ações, recrutando o poder policial do Estado para impor sua vontade aos oprimidos. Esse poder estatal é legítimo quando cidadãos que acatam a lei punem os fora da lei. Enquanto os doentes mentais são submetidos ao controle coercitivo do Estado, porque pessoas mais poderosas os rotularam como psicóticos, os criminosos são submetidos a tal controle porque violaram regras legais, aplicáveis igualmente a todos. Assim, o objetivo principal de aprisionar os criminosos é proteger a liberdade dos membros da sociedade que acatam a lei. O confinamento para os doentes mentais não é derivado de uma ameaça à liberdade, da mesma forma a prisão do criminoso não pode ser justificada por iguais fundamentos. A justificativa para o confinamento deve ser a promessa terapêutica. Mas, se isso só pode ser realizado às custas da privação da liberdade do indivíduo, na realidade é um castigo judicial tradicional, em que o acusado criminoso goza de uma rica série de proteções constitucionais enquanto o paciente psiquiátrico é privado de todos esses direitos.

Uma vez identificadas as normas usadas para medir os desvios nos casos de perturbação mental, continua-se com o raciocínio de Szasz que pergunta: quem define os conseqüentes desvios?

Primeiro: pode ser a própria pessoa que entenda ser necessário ter ajuda de algum terapeuta, padre, psicólogo ou psiquiatra. Ou, pode ser outra pessoa quem entenda ser necessário a ajuda ao paciente, como por exemplo os parentes, médicos, autoridades legais. Finalmente, o psiquiatra pode ser contratado por outros para corrigir o desvio. Assim, a ação terapêutica tende finalmente a ser procurada numa estrutura médica.

Isso cria uma situação na qual se afirma que os desvios psicossociais, éticos e legais podem ser corrigidos pela ação médica. Como as intervenções médicas são designadas para curar somente problemas médicos, logicamente é absurdo esperar que se resolvam problemas cuja existência tem sido definida e estabelecida em bases não-médicas.

Embora sustente que as doenças mentais, como uma entidade, não existem, Szasz não quer dizer que as ocorrências sociais, psicológicas e os rótulos também não existam. Tanto quanto os problemas pessoais e sociais da Idade Média, os problemas contemporâneos são suficientemente reais. O conceito demonológico dos problemas existenciais deu lugar à terapia baseada em linhas teológicas. Hoje, a crença em doença mental, requer uma terapia baseada em linhas médicas ou psicoterápicas.

A proposta de Szasz não é oferecer uma nova concepção de "doença psiquiátrica" ou uma nova forma de "terapia". Seu objetivo é sugerir que o fenômeno atualmente chamado de doença mental, seja revisto e removido da categoria de doenças.

Szasz ainda demonstra que a noção de doença mental tem sobrevivido e que agora funciona como um mito. É herdeira dos mitos religiosos em geral e em particular, da crença em feitiçaria. A função desses sistemas de crenças era de agir como tranquilizadores sociais alimentando a esperança de que o domínio de certos problemas poderia ser adquirido por meio de operações substitutivas, simbólico-mágicas. Uma vez satisfeitas as necessidades de preservação do corpo, e talvez da raça, o homem se confronta com o problema do significado pessoal: o que deveria fazer de si mesmo? Por que deveria viver? A adesão ao mito da doença mental

10
10/10/00
10/10/00
10/10/00
10/10/00

permite às pessoas evitar confrontar-se com tal problema, acreditando que a saúde mental, concebida como ausência de doença mental, automaticamente assegura a escolha certa. Mas os fatos são contrários a isto. Na vida, são as escolhas sensatas que as pessoas consideram, retrospectivamente, como evidência de saúde mental.

Quando Szasz, afirma que a doença mental é um mito, não quer dizer que a infelicidade pessoal e o comportamento socialmente desviado não existam. Eles existem e são rotulados categoricamente como doenças por nossa própria conta e risco.

Szasz, considera a expressão "doença mental" metáfora que erradamente consideramos como fato. Chamamos as pessoas de doentes fisicamente quando o funcionamento do seu corpo viola certas normas anatômicas e fisiológicas; de forma análoga, chamamos de mentalmente insanas as pessoas cuja conduta pessoal viola certas normas éticas, políticas e sociais. Isto explica por que muitas figuras históricas de Jesus Cristo a Castro, de Jó a Hitler, têm tido diagnóstico desta ou daquela doença.

A detenção de pessoas em instituições psiquiátricas contra sua vontade é uma forma de aprisionamento contrário aos princípios morais, incorporados por qualquer constituição. É uma violação velada dos conceitos contemporâneos de direitos humanos fundamentais. A prática de homens "sadios" encarcerando seus semelhantes "insanos" em hospitais psiquiátricos pode ser comparada à dos homens brancos escravizando negros, e constitui um crime contra a humanidade. Na concepção de SZASZ (1980, 111-116), se um indivíduo ameaça outros através de crenças e ações, deveria ser tratado por métodos não-médicos. Se sua conduta é eticamente ofensiva poderiam ser indicadas sanções morais. Se é proibida por lei, seriam apropriadas sanções legais. Para ele, tanto as sanções informais e morais, tais

como ostracismo social ou divórcio, como formais, ou seja, sanções judiciais como multa e prisão, são mais dignas, justas, isonômicas e menos injuriosas ao espírito humano que a sanção psiquiátrica quase médica de hospitalização psiquiátrica involuntária. Algumas vezes, os psiquiatras declaram uma mesma pessoa sadia e insana, dependendo das imposições políticas de seus superiores e do interesse social do momento.

2.1.4 A concepção das instituições totais segundo Goffman

Analizando as diferentes instituições de uma sociedade, verifica-se que algumas são mais fechadas do que outras. Esse fechamento é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes incluem um esquema físico, onde portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas, constituem uma das características das instituições totais descrita por GOFFMAN (1961, 13-315), que as enumerou e as classificou em cinco grupos. O primeiro abrange instituições criadas para cuidar de pessoas que, na concepção mais comum são incapazes e inofensivas. Encontramos, assim, casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. No segundo estão os locais para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas, e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional. São os sanatórios para tuberculosos, leprosos e hospitais para doentes mentais. O terceiro, tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais e o bem-estar das pessoas ali isoladas não constitui problema imediato. São as cadeias, penitenciárias e campos de concentração.;O quarto inclui instituições criadas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, como quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões, e, finalmente, no quinto estão instituições destinadas a servir de

refúgio do mundo ou mesmo locais de instrução para religiosos como abadias, mosteiros, conventos e outros claustros.

Individualmente, tais aspectos são encontrados também em outros locais, como por exemplo nos grandes estabelecimentos comerciais, industriais e educacionais, que cada vez mais criam refeitórios, quadras de esporte e diversas formas de lazer para seus funcionários. Nota-se, porém, que estes recursos ampliados são, sob muitos aspectos, voluntários, mas é necessário que a linha comum de autoridade não se estenda a eles nessas atividades. O controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas, seja uma necessidade ou um meio eficiente de organização, é o fato básico das instituições totais.

Por tratar-se de um trabalho que privilegia a assistência psiquiátrica e o doente mental, dar-se-á maior ênfase na segunda forma de instituição total, que são os hospitais psiquiátricos, embora considerem-se as instituições totais importantes no contexto geral.

Uma disposição básica da sociedade moderna é considerar que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes pessoas, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local, e sob uma única autoridade; em segundo lugar, cada fase da atividade diária é realizada na companhia de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto; em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva à seqüência de atividades imposta

de cima, por um sistema de regras formais explícitas. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.

Nas instituições totais, especialmente nos hospitais psiquiátricos, existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado, que podemos chamar de internados, e uma pequena equipe de supervisão. Os internados vivem na instituição, e têm contato restrito com o mundo fora de suas paredes. Cada agrupamento tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis. A equipe dirigente vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internados vêem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos. Os dirigentes tendem a sentir-se superiores e corretos, e os internados a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados.

O processo de admissão leva a outros processos de perdas e mortificação, como obter uma história da vida, tirar fotografia, pesar, tirar impressões digitais, atribuir números, procurar e enumerar bens pessoais para que sejam guardados, despir, dar banho, desinfetar, cortar cabelos, distribuir roupas da instituição, dar instruções quanto à regra, designar um local para o internado. Uma vez despojado de seus bens, o estabelecimento providencia pelo menos algumas substituições padronizadas para o internado. Esses substitutos são claramente marcados como pertencentes à instituição, e, em alguns casos, são recolhidos em intervalos regulares para serem desinfetados de identificações. Também será despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca a desfiguração pessoal ao retirar-lhes roupas, pentes, agulha e linha, cosméticos, toalhas, sabão, aparelho de barba e recursos de banho. De um modo geral, os castigos enfrentados nas instituições totais são mais severos do que

qualquer coisa já encontrada pelo internado em sua vida fora da instituição, e estão relacionados com privilégios, dependendo da sua colaboração nos trabalhos internos.

Embora alguns papéis possam ser restabelecidos pelo internado, quando retornar para o mundo externo, é claro que outras perdas são irrecuperáveis e podem ser dolorosamente sentidas. Pode não ser possível recuperar, em fase posterior do ciclo vital, o tempo não empregado no progresso educacional ou profissional, no namoro ou na criação dos filhos, pode receber e levar um estigma que perdurará pelo resto de sua vida, e ainda pode perder alguns papéis em virtude da barreira que o separa do mundo externo.

Tais instituições constituem um caso específico de estabelecimentos em que a vida íntima de uma pessoa tende a proliferar, especialmente quando a existência é reduzida ao mínimo e essas pessoas criam esconderijos, meios de transporte, locais livres, territórios e bens para intercâmbio social e econômico, como parte do ajustamento primário de uma pessoa, e são retiradas da vida oficial através de barganhas, astúcia, força e trapaça. Os doentes mentais são pessoas que provocaram perturbação a ponto de levar as pessoas próximas, como familiares a obriga-las fisicamente a uma ação psiquiátrica. Essa perturbação estava ligada à prática de impropriedades situacionais de algum tipo, ou conduta inadequada no ambiente. Essa má conduta se traduz em rejeição moral das comunidades, dos estabelecimentos e das relações que têm o direito de exigir a lealdade da pessoa.

A estigmatização como doente mental e a hospitalização involuntária são as formas sobre as quais respondemos a tais ofensas contra a adequação e a perturbação. As pessoas colocadas em enfermarias, que geralmente necessitam de reformas e pinturas, verificam que muito pouco recebem, suas roupas foram retiradas ao ingressarem na instituição, os materiais de recreação podem ser

escondidos, a mobília geralmente é constituída de cadeiras e bancos pesados de madeira. Os atos de hostilidade contra a instituição precisam valer-se de recursos limitados e inadequados, como bater uma cadeira ao chão, tentativas de inutilizar os próprios objetos e móveis da enfermaria, tirar a roupa, riscar as paredes, rasgar o colchão, atritar-se com seus colegas, rejeição de comunicação com os profissionais, não colaborar com a equipe, não cuidar de sua higiene e apresentação pessoal, rejeitar a medicação ou outras formas de terapia. A tentativa de manter objetos pessoais enchendo seus bolsos e todos os espaços disponíveis, usualmente interpretada como comportamento sintomático e característico de pessoas muito doentes, traduzem a rejeição ao hospital. Contudo, o ato parece um sintoma psicótico, podendo a administração considerar justo colocar este indivíduo numa enfermaria menos confortável, ou, quem sabe, classificada de “ruim”.

A doutrina psiquiátrica oficial tende a definir os atos de alienação como psicóticos, e essa interpretação é reforçada pelos processos circulares que levam o paciente a apresentar alienação sob forma cada vez mais bizarra. O hospital não pode deixar de exigir de seus participantes exatamente aquilo que é exigido por outras organizações. A doutrina psiquiátrica é suficientemente flexível para evitá-lo, mas isso não ocorre com os hospitais. Considerados os padrões mais amplos da sociedade, é preciso seguir pelo menos as rotinas ligadas a alimentação, limpeza, roupas, acomodações para dormir e proteção dos ferimentos. Observadas essas rotinas, é necessário que aos pacientes também a obedeam. É preciso fazer exigências, e há demonstrações de decepção quando um paciente não faz aquilo que se espera dele. O interesse em ver movimento ou melhora psiquiátrica depois de uma estada inicial nas enfermarias leva a equipe dirigente a estimular a conduta adequada e a exprimir decepção quando um paciente volta à psicose. O paciente readquire a posição de pessoa confiável, de alguém que sabe como agir corretamente. Algumas inadequações, sobretudo o mutismo e a apatia, que não perturbam, e até facilitam as

rotinas da enfermagem, podem persistir naturalmente como sintomas, porém, de modo geral, o hospital atua supondo que o paciente deve agir de maneira confortável e respeitar a psiquiatria, e que aquele que faz isso será recompensado com melhores condições de vida.

Analisadas as tendências básicas do pensamento psiquiátrico, através dos métodos mágicos, orgânico e psicológico, e a concepção da doença mental segundo Szasz, para melhor compreensão e continuação do já iniciado, no próximo capítulo é analisado e discutida a assistência psiquiátrica no Brasil e em Santa Catarina, e a concepção de internação e de assistência psiquiátrica segundo diversos autores.

CAPÍTULO 3

UMA BASE HISTÓRICA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

3.1 A Assistência psiquiátrica no Brasil.

Segundo CORRÊA (1980, 1), a assistência psiquiátrica no Brasil nasce com o surgimento das internações dos doentes mentais.

A hospitalização dos considerados loucos atendeu às reclamações contra seu trânsito pelas ruas. Para PAIM (1976), em 1835 o Dr. J.F. Siggaud publicou no "Diário de Saúde" um artigo contendo reflexões acerca do trânsito de doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro: "a classe desgraçada dos loucos... embuçados com grotescos andrajos, excitam as risadas dos viandantes... ou a torrente de grosseiras injúrias e rechilos".

Ainda segundo PAIM (1976), De Simoni relata em 1839, na Revista Médica Fluminense, que os insanos à noite eram colocados no tronco e chicoteados pelos guardas.

Siggaud, De Simoni e Peixoto, este na primeira tese sobre o tema psiquiátrico no Brasil, em 1837, repetem a solicitação à autoridade pública para instalação de um hospital, destinado exclusivamente aos loucos.

Em cada momento da formulação dos moldes assistenciais psiquiátricos no Brasil, apresentou-se a autoridade pública como participante diretamente envolvida.

Algumas das iniciativas, leis ou decretos, correspondem aos mais antigos exemplos de interesse pelo poder público nesses assuntos.

Destaca-se o caráter preventivo no sentido de proteção social, nitidamente presente nas mais antigas ações em relação ao presumido doente mental. A proteção social, nesse caso, era preservar a vida e a segurança dos indivíduos e a integridade de seus bens, ameaçados pelo furor e pelo desatino dos doentes mentais. Para RODRIGUES (1906), nas ruas, em liberdade, insensíveis à ordem estabelecida, os loucos agitados seriam risco permanente. Seu isolamento era o recurso indicado. Só o poder público poderia realizá-lo. É, em última análise, uma violação do princípio de liberdade do cidadão. Só a lei pode conceder e autorizar o isolamento levando em consideração não só o interesse da ordem pública, capaz de ser perturbada por alienados irresponsáveis, mas ainda o benefício para os insanos decorrentes de um tratamento regular da enfermidade que os aflige.

A colocação dos loucos nas prisões pelas autoridades públicas enquadra-se perfeitamente com a situação e a realidade da época: o mais importante era a ordem pública. A violência, a agressividade “classe desgraçada dos loucos, embuçados com grotescos andrajos”, ridicularizados pelos circunstantes constituíam escândalo intolerável pela sociedade naquela época, justificando seu encarceramento para garantir a ordem. Até hoje é usado tal expediente, mas atualmente eles são encarcerados nos hospitais psiquiátricos para tratamento, visando à velha ordem pública.

O primeiro hospício ergue-se no Rio de Janeiro, atendendo aos reclamos dos médicos e da recém constituída Sociedade de Medicina, em nome de uma ciência avançada e dos valores culturais. O monumento, a servir como marco inicial das conquistas e aspirações, reconhece a assistência psiquiátrica como de interesse do

Poder Central, através do Decreto número 82 de 18 de julho de 1841, pelo qual o Imperador D. Pedro II funda um hospital somente para o tratamento de alienados, em suas palavras: na citação de RODRIGUES (1965, 28) "**Desejando assinalar o fausto dia da minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência, hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de Hospício D. Pedro II, o qual ficará anexo ao hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Corte, debaixo da minha Imperial proteção**".

O Ministro José Clemente Pereira, além de sugerir a idéia e estimular a coleta de recursos, cuidou da sua construção até sua inauguração em 5 de dezembro de 1852, por isso o seu pragmatismo, espírito público e senso de humanidade lhe conferem os créditos pela conquista. Teixeira Brandão, anos depois, critica sua construção pela suntuosidade, já que se constituiu um dos mais belos edifícios da América do Sul na época, deixando provavelmente de atender a conveniência dos doentes para manter as exterioridades. Na sua inauguração tinha capacidade para abrigar 350 pacientes, mas abriu as portas com 144 internados. Homenageava-se o Imperador, dando seu nome a essa instituição, como tantas outras erguidas durante os seus 49 anos de reinado, graças a seu empenho direto na construção.

O mesmo Teixeira Brandão, que foi o primeiro professor de Psiquiatria do Brasil e criticou a suntuosidade do prédio, em 1886, aproveitando estar na presidência do Conselho de Ministro o Barão de Cotegipe, coincidentemente Provedor da Santa Casa, procura chamar a atenção do Governo Imperial para os alienados do Brasil, considerando que as autoridades só se preocupam com o louco quando ele perturba a tranquilidade pública. À época, o hospício já tinha 400 internados, e foi possível retratar o horror e o descaso da direção da casa, e das suas míseras condições após 40 anos de existência. O Hospício, que simbolizou a

ascensão ao trono e a grandeza do Imperador, exibia agora as marcas do descaso e do abandono. Sua criação pioneira abriu espaço para a construção de outros hospícios em várias das principais cidades brasileiras, especialmente aquelas que reclamavam da presença de loucos pelas ruas.

A tendência de situar os hospitais psiquiátricos nos pontos distantes dos centros urbanos levou o governo federal a decidir, em 1938, transferir o Hospício Nacional de Alienados, nome que recebeu após a Proclamação da República o Hospital Pedro II, para o Engenho de Dentro, o que se concretizou em 1943.

Até 1900, Minas Gerais pagava ao Hospício Pedro II a módica contribuição de seis contos de réis anuais pela internação de seus doentes no Rio de Janeiro. Para VELLOSO, F.M.; CORRÊA, A.C.; RANGEL, E.; BARRETO, F.P.; PATROCKI, J.; LIPPI, J.R.S. (1971, 478-487), a criação de hospital psiquiátrico foi cogitada através do projeto de João Veloso, aprovado na Câmara Estadual. Em 1903, o Sanatório Barbacema foi adquirido, sendo-lhe acrescentados pavilhões e 400 hectares de terra para constituir-se no Hospital Colônia de Barbacena.

Ainda em São João Del Rey em Minas Gerais, Manoel de Jesus Fortes fundou a Casa da Caridade de São João Del Rey, no fim do século XVIII. Para alguns historiadores, em 1765, segundo outros, em 1783. Qualquer que seja a data correta, de sua fundação está entre os hospitais mais antigos do Brasil. A 21 de janeiro de 1817 a Casa da Caridade toma o nome de Santa Casa da Misericórdia, devido à Provisão Régia de D. João VI, pela qual, em 31 de outubro de 1816, o Imperador tomava a instituição sob sua proteção e lhe dava o compromisso de Misericórdia de Lisboa. A Santa Casa se organizou, a partir de 1817, de maneira quase perfeita para a época, chegando inclusive em 1826 a aplicar vacinas antivariólicas, num pioneirismo digno de registro na História da Medicina

Preventiva. Mas o marco mais notável, para o interesse deste trabalho, foi a criação de uma enfermaria para doentes mentais, ao lado da enfermaria de febres e de lepra, e outras especialidades daquela época. Segundo COELHO (1972, 47-53), trata-se da primeira unidade psiquiátrica em hospital clínico de que se tem notícias. Estes são os principais indícios de que os primeiros cuidados especiais com o doente mental no Brasil realizaram-se nesta Santa Casa. Este pequeno hospício foi mantido até 1918, quando foram desmanchadas as últimas celas para loucos, possivelmente em função da instalação do Hospital Colônia em Barbacena. As informações que se seguem foram encontradas por Coelho nos manuscritos da Santa Casa.

Nos livros de admissão e alta consta a internação, em 24 de janeiro de 1817 do primeiro doente mental na Santa Casa de Caridade de São João Del Rey, Guilherme Gonçalves, de mais ou menos oitenta anos. O primeiro diagnóstico psiquiátrico ali devidamente anotado se refere a ele "de muito pouco cizo". A partir da primeira internação segue-se um número crescente de pacientes que procuraram a Santa Casa para tratamento. No período de 1817 a 1857, tem-se o registro de 488 doentes mentais, dos quais 271 homens e 217 mulheres. A idade dos pacientes variava de 3 a 90 anos, sendo a maior incidência entre 21 a 40 anos de idade. Um deles reinternou-se 13 vezes. O total de reinternações foi de 97 e a maioria delas deu-se por epilepsia ou alcoolismo. Esse trabalho de pesquisa de Coelho tem fundamental importância na história da psiquiatria, uma vez que a primeira unidade de tratamento para doente mental vem sendo reivindicada por São Paulo e outros estados.

No mesmo ano de funcionamento do Hospício Pedro II, 1852, MOREIRA (1955) informa que também começou o Hospício Provisório de Alienados de São Paulo, em uma casa alugada no centro da cidade, no Largo de Curros, atual Praça da República. Começou com três internados, e ao fim de dois meses já tinha nove.

Pretos libertos da escravidão e egressos da prisão foram os guardas do hospício. Atendimento médico efetivo só passou a existir depois de 1860; até então só eram atendidas as intercorrências pelo cirurgião da Santa Casa. Em 1861, com 39 internados o hospital estava superlotado, sendo providenciada a instalação dos alienados de São Paulo no prédio do antigo Seminário das Educandas, na Várzea do Carmo, Ladeira da Tabatingueira. A superlotação novamente obrigou a uma solução provisória, criando-se o Hospício de Alienados de Sorocaba, que funcionou entre 1895 e 1898, até inaugurar-se o Juqueri, para onde foram transferidos os seus doentes. Em 1864, devido ao acúmulo de pacientes foram transferidos para a ladeira da Tabatingueira.

Nomeado médico em 1893, Franco da Rocha conseguiu a transferência de todos os alienados da Ladeira da Tabatingueira para o Hospital Juqueri construído pelo Governo do Estado de São Paulo em 1903. Em suas palavras diz ROCHA (1912, 4): **"Saímos de um casarão fechado de aspecto soturno, resultado da adaptação de um velho convento e entramos numa instalação nova, em pavilhões isolados com grandes áreas ajardinadas, de aspecto alegre e sadio nos quais penetra a luz e ar em profusão"**. Franco da Rocha, que logrou convencer os poderes públicos da necessidade de ser criado na Capital, ou próximo a ela, um grande hospital modelo, conforme as prescrições da psiquiatria moderna, em pavilhões isolados, com colônias anexas, próximas do hospital, para que se tornasse viável a aplicação de portas abertas, lutou com dificuldade de toda ordem para conseguir aprovar sua proposta.

Em 1860, o Hospital da Santa Casa de Olinda foi transformado no Hospício da Visitação de Santa Isabel. Segundo COELHO (1953, 280-284), foram transferidos para ele os 34 pacientes internados no Hospital de São Pedro de Alcântara, levados em barca pelo Rio Capiberibe, à noite, com uma forte guarda

policial, evitando-se a possibilidade de ameaçarem ou amedrontarem a população vizinha. Em 1877, estavam internados 144 pacientes, era geral o clamor contra a superlotação, a deficiência de alimentação, a enfermagem precária, a falta de água, a ausência de assistência médica e a alta mortalidade da população interna que, em alguns anos, chegou a cinquenta por cento. Tudo isto colaborou para a decisão da construção do Hospício de Alienados da Tamarineira entre 1874 e 1883, contando com recursos de subscrições públicas que chegaram a ultrapassar as conseguidas pelo Imperador na construção do Hospício Pedro II.

Em Porto Alegre, o Hospício São Pedro teria sido construído por iniciativa particular, segundo Blaya, mas segundo Juliano Moreira e Nina Rodrigues, foi o Governo Provincial que o construiu, encarregando-se sempre da sua manutenção e administração. Por longo tempo foi conhecido como “Cadeião”.

Para RODRIGUES (1906, 299-307), o cuidado do doente mental estava entregue, em grande parte, a instituições beneficentes religiosas, mas o que se preconizava era a assistência prestada pelo Poder Público, especialmente porque a Constituição da República consagrara a separação entre Estado e Igreja, e ainda porque as concepções modernas da psiquiatria chocavam-se constantemente com as concepções religiosas das santas casas, provocando uma série de prejuízos ao tratamento e à assistência desses doentes. Tal clima de conflito provocou dissensões entre as santas casas, o Poder Público e a classe médica, culminando com a encampação, pelo Governo dos hospícios no Rio (federal), e em Pernambuco (estadual), ficando com as religiosas as instituições que administraram num prazo mais ou menos longo.

Para CERQUEIRA (1968, 230), hospícios, colônias, asilos, todos, se mostravam insuficientes para garantir, digna e decentemente, abrigo e vestuário,

fazendo surgir nessas instituições diversas classes de doentes: “pavilhão dos moribundos”, “pavilhão dos sórdidos”, “pavilhão dos nus”, “geladeira”, designativos dos recantos onde a norma era o “leito chão”. Esses mesmos locais foram encontrados no Hospital Colônia Santana, lá chegando no ano de 1972, o que prova que tal realidade sempre acompanhou os hospitais psiquiátricos ou hospícios, em todas as fases de suas vidas. Inaugura-se um novo hospital, mas logo ele estará lotado, acompanhando os demais e recebendo as designações que já foram mencionadas por Cerqueira, e que se pode constatar na realidade, inclusive acrescentando alguns léxicos designativos.

BOTELHO (1937, 286-296) reflete sobre as precariedades da assistência, marcada por fome, insuficiência de recursos, inabilitação de pessoal médico e auxiliar, a inadequação das instalações, sujeira e altos índices de mortalidade. Em suma nos hospitais psiquiátricos os doentes estavam abandonados, amontoados, sujos e reclusos.

LOPES (1939, 79-118) revela que coube a Juliano Moreira e depois a Aduino Botelho, nessa época, os papéis mais destacados na iniciativa de pensar em termos de Brasil a assistência psiquiátrica, especialmente porque foi na capital do país que se organizaram os serviços mais importantes, e lá estavam os técnicos de maior projeção nacional. Juliano Moreira exercia então o papel de “oráculo”: durante um quarto de século foi muito solicitado para conselhos e incentivos; praticamente nenhuma obra era executada sem uma audiência prévia com ele.

LOPES (1939, 79-118) relata que Cunha Borba, entusiasta admirador de Juliano Moreira e Aduino Botelho, dividiu a história da assistência psiquiátrica em três fases: a primeira, *empírica*, desde a descoberta do Brasil até o brado de Jobim em prol dos alienados, em 1830; a segunda, *histórica*, daí até a reforma Juliano

Moreira com auspiciosas realizações e vai até 1903; a terceira, *científica*, que se prolonga de Juliano até aqueles dias, quando Aduino Botelho realizava seu trabalho. Também ANDRADE (1971, 438-453) concorda que Aduino Botelho foi inspirador da organização da assistência em vários Estados da Federação, durante a década de 1940. Para ele, a criação do DINSAN (Serviço Nacional de Doenças Mentais) em 1941, tendo Aduino Botelho como primeiro diretor; apesar de estar no Ministério da Saúde, continuava a cuidar mais diretamente da assistência psiquiátrica do Rio de Janeiro, mesmo depois de ser transferida a capital para Brasília.

Para LOPES, o Decreto 8.550, de 3 de janeiro de 1946, autorizou o Serviço Nacional de Doenças Mentais SNDM a realizar acordos com os Estados para a construção de hospitais e para a ampliação da assistência. As administrações que se sucederam no SNDM continuaram na linha de Aduino Botelho, predominantemente voltada para a disseminação de hospitais nos vários Estados. Na maioria eram instituições com as características de Hospital Colônia, localizados longe dos grandes centros, escondidos atrás de fachadas imponentes, mas já começavam a proliferar os primeiros ambulatórios oficiais de saúde mental.

Ao ser estabelecido um local especial para seu cuidado, a doença mental adquiria foros de distinção retirando-se do hospital geral e protegendo seu portador, livrando-o da prisão tradicional.

A assistência psiquiátrica também é trabalhada por MEDEIROS (1977, 102), ao relatar os cuidados dos doentes mentais desde seus primórdios, assunto de interesse público. Estabeleceu-se o consenso de que as providências deveriam ser de responsabilidade das autoridades constituídas. Ou, mais precisamente, tais autoridades sempre chamaram para sua competência a iniciativa das medidas consideradas convenientes.

O ciclo iniciado em 1830 prolonga-se e caracteriza-se com a reclusão e o isolamento do doente mental em hospitais psiquiátricos, que eram denominados de hospícios ou asilos. Numa fase posterior, constata-se a preocupação com abrigo, vestuário e higiene, o que praticamente nunca houvera. Somente a partir de 1960 é que se verifica a importância da Previdência Social na assistência psiquiátrica em todo o Brasil.

A seguir, uma visão da assistência psiquiátrica no Estado de Santa Catarina, que embora tenha começado mais tarde, passou pelo mesmo processo dos demais estados do País, com uma diferença: nos anos de 1970 o Estado talvez tenha sido o único que, ao invés de construir mais hospitais, fechou leitos e até hospitais que seriam inaugurados, os quais foram entregues para distinta destinação pela Universidade de Chapecó. Com isso, conclui-se que os hospitais psiquiátricos cumpriram seu papel, mas agora é necessário falar em outras formas de assistência psiquiátrica não nosocomial, como ambulatórios, hospital-dia, hospital-noite, pensões protegidas.

3.2 Assistência psiquiátrica no Estado de Santa Catarina

No Estado de Santa Catarina, a assistência psiquiátrica iniciou-se em 11 de janeiro de 1909, quando o bispo Diocesano Dom João Becker concedeu ao Padre Lux cura do Santuário, permissão para construir um hospital de alienados em Azambuja, Brusque.

Em 1910, com a construção custeada pelas rendas do Santuário e mais ajuda do governo estadual, no valor de vinte e cinco contos de réis, ficava pronta uma ala,

com capacidade para 20 doentes internados. Devido a falta de recursos, somente em 1915 a construção teve prosseguimento. Em 1916, o número de doentes mentais internados era de 44, elevando-para 47 nos anos seguintes; em 1940 estiveram internados 193 doentes. Segundo relato dos livros de registro da época, e contato com as Irmãs da Divina Providência que lá trabalharam, os tratamentos dispensados no hospital eram: cardiazol, malarioterapia, morfina, banho de água fria, e eletrochoque, sendo o primeiro aplicado em 1941, com a presença de um médico de fora (CORRÊA, 1980, 4).

A assistência psiquiátrica em Santa Catarina, a cargo de irmandades religiosas, recebendo apenas ajuda do Estado, teve novos rumos com o lançamento da pedra fundamental do Hospital Colônia Santana, localizado no Km 12 da estrada de São Pedro de Alcântara, Município de São José, em 19 de agosto de 1938, conforme o Diário Oficial número 1282. Segundo seus arquivos (ARQUIVOS DO HOSPITAL COLÔNIA SANTANA, 1954), foi inaugurado no dia 10 de novembro de 1941, pelo interventor federal do Estado, Nereu Ramos.

Segundo relatório do Diretor Antônio Santaella, encontrado nos Arquivos do Hospital (1954, 8-11), foi necessário implementar a terapêutica aos doentes para possibilitar maior número de altas. Conseqüentemente, ocorreu maior número de internações. Também desdobraram-se as atividades, ampliando o serviço de ambulatório em Florianópolis para onde foi encaminhado grande número de doentes do hospital, interligando-os com os serviços dos médicos da Colônia. Durante o ano de 1951, intensificou-se a terapêutica nos doentes mentais, a fim de compensar o grande número de internações. Acentuaram-se as diversas modalidades de tratamento, e, como conseqüência, obtiveram-se 253 altas para 287 novas internações, com um percentual de curas de 26,2%, representando o mais alto índice até então obtido no hospital. Contabilizando o tratamento de Van Saker, choque

insulínico, e a convulsoterapia, pelo cardiazol e eletrochoque, efetuou-se um total de 7.860 aplicações, para 5.505 doentes em 1950, o que representou mais 2.355 aplicações do que no ano anterior.

Consta ainda no relatório que o número insuficiente de guardas dificultava a praxiterapia, principalmente porque facilita a evasão dos internados. Iniciou-se o serviço de assistência hetero familiar para readaptação dos egressos em seu meio. Observou-se a possibilidade da reintegração dos doentes crônicos na família, hospedando os pacientes em casas de famílias dos funcionários da Colônia. No mesmo relatório consta haver 613 doentes em 31 de dezembro de 1952, quando foi aumentado o número de leitos para 800.

Todos os hospitais colônias construídos no século XIX e XX receberam este nome porque na realidade eles eram praticamente auto-suficientes, e o nome estava relacionado com colônias ou unidades rurais, onde os colonos plantavam e criavam. O Hospital Colônia Santana, nos seus "bons tempos" tinha criação de gado, porcos, galinhas, plantação de verduras, fumo, cana-de-açúcar. Além de padaria, oficinas, que absorviam os doentes permitindo participar ativamente dessas atividades.

Um dos períodos mais difíceis do Hospital Colônia Santana foi o ano de 1971, quando ali estavam internados mais ou menos 2200 pacientes, e ninguém sabia exatamente quantos leitos havia, mas acreditava-se que fossem menos de mil.

Com várias mudanças e reformas iniciadas no mesmo ano, passou a ser uma Unidade da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, o que motivou a contratação de novos profissionais e a criação de equipes multidisciplinares, atuando nos diversos níveis de prevenção. Com este trabalho de mudanças, reformas e investimento, o

Hospital ficou com mil leitos e mil pacientes, vindo a sofrer uma redução dos pacientes internados.

No final da década de 1970, enquanto outros estados criavam leitos psiquiátricos, Santa Catarina, que tinha construído um hospital psiquiátrico estatal em Chapecó, entregou-o para a Universidade local evitando assim a abertura de mais leitos psiquiátricos.

Em 1980, o Estado de Santa Catarina tinha 4 hospitais na área privada: Instituto São José, no Município de São José, que existe até hoje; Hospital Nossa Senhora da Saúde, em Joinvile, que já fechou há alguns anos; Hospital Rio Maina, no município de Criciúma, que ainda hoje está em atividade, e a Clínica Monte Carmelo, em Joinvile, que teve um breve período de existência, e também já fechou há muitos anos.

Hoje o Hospital Colônia Santana encontra-se com os mesmos mil leitos e um número aproximado de pacientes; das clínicas particulares, algumas fecharam e não se criaram mais leitos no Estado, pelo contrário, diminuiu sensivelmente enquanto a população aumentou consideravelmente.

Após considerações históricas sobre a assistência psiquiátrica, é necessário verificar como os estudiosos da área, vêem a assistência, principalmente com relação à internação hospitalar.

3.3 A internação e a assistência psiquiátrica na visão de diversos autores.

MINZONI (1975), relata em seus trabalhos que a assistência psiquiátrica ao paciente deve focalizá-lo como um cliente e não como um internado. Contudo, chama a atenção quanto às atividades do enfermeiro que terá características próprias, segundo o hospital onde exerce o seu trabalho. Se é do tipo custodial, e deseja proporcionar aos internados uma vida agradável, com mais estímulos, sem muita violação de seus direitos de seres humanos e sem tantas restrições, o tratamento seria chamado de terapia humanitária.

A relação institucional, aumenta vertiginosamente o poder do médico e diminui o poder do doente: pelo simples fato de ser internado em um hospital psiquiátrico, o doente torna-se automaticamente um cidadão sem direitos, entregue à arbitrariedade dos médicos e do pessoal de enfermagem, que podem fazer dele o que quiserem, sem possibilidades de apelo. Na dimensão institucional a reciprocidade não existe, e nem mesmo é camuflada, tudo é imposto. Verifica-se a ausência de todo valor contratual em favor do doente que não tem escolha senão um comportamento anormal BASAGLIA (1985).

Para GOFFMAN (1961), mesmo quando o doente se interna voluntariamente, o processo de admissão faz certas exigências: o paciente recebe um número, é despido, dá-se-lhe banho, desinfetam-no, cortam-lhe os cabelos, recebe roupa da instituição que é uniforme, pesam-no, tiram-lhe impressões digitais e fotográficas. Recebe instruções quanto às regras internas e um local para sua permanência. Ele, fatalmente, se afastará do seu mundo familiar, e sua saída não dependerá de sua vontade.

Os recém-admitido, chegam ao estabelecimento com seus hábitos, costumes, normas, regras, enfim, com a cultura própria da sociedade onde nasceram e se desenvolveram, portanto deveriam ser aceitos com toda essa carga afetiva, sabendo-se que essas disposições sociais são elementos fundamentais em sua vida. Porém, ao ser internado o indivíduo é imediatamente despojado desse apoio. Na realidade, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do "eu". Outra característica de sua condição é a existência de um sistema de prestígio e castigo, de forma que alguns pacientes conseguem certos privilégios por executarem atividades necessárias ao hospital, como limpeza das unidades, trabalho no refeitório, cozinha, almoxarifado, guarda em portas estratégicas, sendo controlados pelo pessoal e controlando os outros, e obtendo vantagens especiais em troca de seu esforço. Inúmeros são os pacientes em condições de alta, mas por problemas sociais, ou por não terem direitos legais de se conduzirem na sociedade, permanecem em hospitais e procuram adaptar-se a um modo de vida, no qual pouco lhes é oferecido e tudo lhes foi tirado. Terapêuticas hospitalares, agressões e coerções são motivos suficientes para serem custodiados pelo resto de suas vidas. É comum as unidades hospitalares serem instadas de todas as formas por familiares para que os pacientes permaneçam, no hospital. Foram constatados casos de famílias, que mudam de residência e, às vezes, até de cidade e estado a fim de não serem mais encontradas (CORRÊA, 1980, 10-12).

Analisando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico, pode-se afirmar que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê dos delegados da sociedade que são os médicos. Para BASAGLIA (1985,107-109), o afastamento, exclusão ou expulsão da sociedade é resultante da ausência de poder contratual do doente, da sua situação social e econômica. Um esquizofrênico rico internado em clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto de um esquizofrênico pobre, internado a força num

hospital psiquiátrico público. O que caracteriza a hospitalização do primeiro não é somente o fato de não ser automaticamente classificado como doente mental, perigoso para si ou para os outros; ele se beneficia por não ficar separado de sua própria realidade, pois nem sempre o internamento particular interrompe a continuidade da vida do doente e tampouco elimina sua função social. Assim, superado o período crítico, será facilmente reinserido no seu grupo social. O poder, destruidor, institucionalizante e estigmatizante, aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico custodial, ou institucional. Como se sabe a doença psiquiátrica não é a única responsável pelos internamentos nesses hospitais psiquiátricos. Seria mais adequado concluir que estes doentes por serem sócio-economicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original, ou seja, a violência de seu sistema social, que os joga para fora da produção, à margem da vida em sociedade, confinados nos muros dos hospitais. A exclusão dos doentes do mundo dos "sadios" libera a sociedade de seus elementos críticos, de uma só vez confirmando e sancionando a validade do conceito da norma criada pela sociedade. A relação do doente com as pessoas que o assistem é forçosamente objetual, na medida em que a comunicação entre ambos ocorre através do filtro de uma definição, de um rótulo que não deixa qualquer possibilidade de apelo.

Ao propor uma completa revisão do atual conceito de doença mental, COOPER (1967), questiona o que realmente acontece quando alguém ingressa na enfermaria psiquiátrica de um hospital. A violência começada na família, é perpetuada na instituição psiquiátrica convencional. O progresso psiquiátrico, relatado em títulos como: terapia-humanitária, assistência-terapêutica, portas-abertas, relações amistosas entre funcionário-paciente, comunidade terapêutica, grupos terapia, só servem para obscurecer esta área em que o hospital psiquiátrico não avançou um centímetro sequer, desde os dias de Kraepelin, no século passado.

Na investigação, durante vários anos, no campo da psiquiatria social em particular, com relação à psicoterapia em classes populares, desenvolvendo suas propostas teóricas e práticas no âmbito dos hospícios argentinos, MOFFATT (1980, 16) ensina que acredita na existência da doença mental, pois ela pode até superar o imaginável. Depois que ocorre um surto psicótico, é uma espécie de readaptação no mundo convencional, só que é tarde para sair tão rapidamente como entrou. Os indivíduos internados cortaram os seus viveres, ligações e vínculos com as pessoas de fora. Perder o trabalho pode ser definitivo, pois existem milhões de pessoas desempregadas num país de milhões de desocupados. E, especialmente porque ele foi eliminado mentalmente do seu grupo familiar, perdendo contato com amigos, além de possuir agora a marca-estigma do diagnóstico. E o autor encerra: **"O hospício é como um poço profundo no qual se entra rápido mas do qual é difícil de sair, pois suas paredes são escorregadias como na incompreensão e no abandono, e não há onde agarrar-se"**.

O sistema de domínio compreende os hospitais psiquiátricos, e dizem respeito à ideologia do doente mental e da custódia. Sobre tal ideologia, legitimam-se as organizações de violência que se ocupam dos indivíduos cujo desvio é atribuído à doença mental. Essas ideologias não se restringem às infâmias dos hospícios, assim como não é o único modo pelo qual se expressa a repressão organizada. A imagem cultural da loucura e de sua repressão não contém apenas a justificação global da psiquiatria como teorização especializada em defesa do homem sadio. Serve, também, para reorientar as necessidades de liberdade em contraposição à loucura, que é a imagem de uma liberdade não tolerada. Para JERVIS (1985, 251-304), que fez parte da equipe do hospital psiquiátrico de Gorizia, que Franco Basaglia dirigiu de 1961 a 1972, devemos considerar o significado das prisões, onde a própria exclusão dos criminosos constitui um instrumento de separação social. Colocando uma barreira segura entre a ordem e a desordem, ficam bastante claros os atos que

levam à segregação carcerária. Entretanto, é fácil observar que ninguém saberia exatamente como evitar as sanções institucionais da loucura e, conseqüentemente, os hospitais psiquiátricos. O doente mental, como escória irracional é aniquilado porque é o único a escapar totalmente às regras do jogo. A psiquiatria institucional pode dirigir contra ele toda a violência da sociedade, principalmente porque tem a imagem incompreensível e perigosa da possibilidade de uma reviravolta, que a tornaria totalmente diferente e desordenada. A exclusão do louco é sancionada e justificada pela psiquiatria. Se existe uma cultura geral de saúde e da doença mental, seguramente o psiquiatra dela participa.

A doença mental e assistência psiquiátrica na abordagem até aqui apresentada constitui-se numa base teórica relevante para entender os aspectos legais que serão analisados e discutidos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 4

LEIS ESPECÍFICAS DE PROTEÇÃO AO DOENTE MENTAL: UM RETROSPECTO HISTÓRICO

4.1 Leis que trataram do doente mental na antigüidade

É possível que uma das primeiras leis que se referem ao doente mental esteja nas XII Tábuas, que foram criadas bem antes de Cristo. Segundo MEIRA (1975, 65-98), no ano de 462 a.C., o Tribuno Terentilio Arsa teria sugerido que fosse organizada uma comissão, a fim de redigir leis que viessem a acabar com as lutas entre patrícios e plebeus. Durante dez anos, os patrícios não tomaram as providências, retardando a sugestão. No ano de 452 a.C., enviaram uma delegação à Grécia, integrada pelos romanos Postúmio, Mânlio e Sulpício, com o objetivo de colher na legislação grega o que houvesse de melhor. A comissão retornou com farto material e reuniu-se com magistrados especiais, formando um decenvirato sob a presidência de Ápio Cláudio, para elaborar as leis com a ajuda de Hermodoro sábio grego exilado em Roma. Inicialmente, os magistrados, elaboraram dez tábuas de leis e as apresentaram ao povo, que as aprovou. Depois de um ano, novo decenvirato foi organizado sob a orientação de Ápio Cláudio, para redigir e aprovar as duas tábuas que faltavam. Na narração tradicional, ainda consta que, ultimada a tarefa, os decênviros dispararam no caminho da tirania. Habitados ao poder, pretenderam eternizar-se até que pretensões amorosas de Ápio Cláudio e Virgínia deram margem à sublevação popular e deposição do decenvirato. Ápio Cláudio foi preso e encarcerado.

O conteúdo da quinta tábua legisla: consta que: "Se alguém torna-se louco ou pródigo e não tem tutor, que a sua pessoa e seus bens sejam confiados à curatela dos agnados e, se não há agnados, à dos gentis".

Na realidade, trata-se de um dispositivo que não visava ao tratamento dos loucos ou pródigos, mas tinha a preocupação apenas de proteger os bens dos indivíduos que estivessem acometidos de uma doença mental, ou daqueles que passassem a dilapidar o seu patrimônio.

Pelas leis romanas, logo que se manifestava a doença, o louco era colocado sob a vigilância da autoridade pública. Se era rico e pacífico, podia continuar no seio da família, que se desvelava no tratamento, pois o desamparo ou a negligência dos cuidados indispensáveis ao doente eram punidos severamente. BRANDÃO (1918, 9-10) relata que no livro I tit. IV lei 38 dos romanos, os filhos que desamparassem os pais quando furiosos seriam deserdados e submetidos às penas cominadas. Se um indivíduo estranho à família, depois de intimar os filhos para cuidar dos seus pais, recebesse o doente em sua casa e lhe dispensasse os cuidados necessários, ficaria sendo seu herdeiro legítimo. Os indigentes ou perigosos, por força de lei, deviam ser enviados a um pavilhão anexo às prisões. Nos relatos de Ulpiano, segundo um rescripto do Imperador Antonino, os furiosos, cujos acessos fossem violentos e perigosos, mereciam atenção dos governantes e deviam ser presos. Já Marcos Túlio e Lúcio Verus, a respeito de um homem que assassinara a mãe, não seria punido. A própria doença se encarregaria de fazê-lo, mas deveria ser guardado com maior cuidado ou até acorrentado. Consta ainda, em algumas leis dos romanos, que um juiz ou árbitro, não podia pronunciar sentença contra um furioso ou louco.

A discussão sobre a doença mental também era preocupação dos romanos. Conforme informa MOREIRA (1983, 150), eles se utilizavam de vários termos para

expressar a doença mental, sendo mais comuns: *furiosos*, *dementes* e *mentecaptos*. Embora embora não se tenha certeza absoluta segurança na diferença de sentido entre eles, supõe-se que os furiosos eram os loucos em geral, e os dementes ou mentecaptos eram os monomaniacos, cuja doença é parcial. A maioria dos romanistas se inclina no sentido de que os furiosos eram os loucos com intervalos lúcidos, e os dementes ou mentecaptos aqueles que sofriam de loucura contínua, sem os intervalos lúcidos. Modernamente há autores, contudo, que defendem a tese de que, no direito pré-clássico, furioso era qualquer alienado mental e que somente no direito pós-clássico é que surgiu o conceito de intervalo de lucidez, do que resultou a distinção entre furiosos e os dementes ou mentecaptos.

Tratando de curatela no Direito Romano, CHAMOUN (1962, 203-205) ensina que os principais tipos eram: a dos loucos, a dos pródigos e a dos menores de 25 anos, sendo que as duas primeiras foram criadas pelas XII Tábuas, e a última “organizada” pelo Pretor. A curatela dos loucos consistia em sujeitá-los às potesta dos agnados e dos gentis se não tivessem custos, isto é, um pai ou um tutor. O curador tinha os poderes mais latos sobre a pessoa e os bens do louco, podendo aliená-los. Nos fins da República, entretanto, surgiu ao lado da curatela legítima, uma curatela honorária, em virtude da qual o magistrado ratificava a nomeação do curador feita pelo “pater familias” em seu testamento. O pretor ocupava-se também de designar um curador para os loucos não furiosos e os semiloucos (dementes e mentecaptos). A curatela dos pródigos era deferida pelas XII Tábuas aos agnados. O pretor pronunciava uma interdição de gerir os bens contra o pródigo que os recebesse “ab intestato” do ascendente masculino e que tivesse filhos. Não podia ele então praticar atos “per aes et libram”, como testamentos e emancipações, nem contrair obrigações ou fazer alienações. Mais tarde, a curatela estende-se ao pródigo herdeiro testamentário ou de bens não oriundos de ascendentes, a incapacidade do pródigo reduz-se, como a dos “pubertati proximi”, aos atos que pioram sua situação

e, no Baixo Império, bastava o consentimento do curador para validar o ato do pródigo.

CRETELLA JUNIOR (1990, 143-147), em seu curso de Direito Romano, esclarece que curatela vem de cura mais o sufixo, do verbo curare que é igual a cuidar, olhar e velar, sendo o instituto do direito civil romano que tem por objetivo a proteção e assistência das pessoas físicas incapazes, ou seja, das pessoas loucas, pródigas e menores de 25 anos. Para designar o que hoje denominamos louco, os romanos empregavam as palavras furiosos que era o louco que alterna períodos de lucidez com crises de loucura e mente captus, demens ou insanus, aquele que não apresentava intervalos de lucidez. Para os romanos, nos intervalos de lucidez, o furioso readquiria a capacidade, devendo, nesse lapso de tempo, executar os atos para os quais tem capacidade de direito.

A distinção entre furiosos e mentecaptos, também é tratada por CRETELLA JUNIOR (1990, 46) que a põe em dúvida atualmente pelos romanistas, aceitando-se, em nossos dias, com melhor fundamento, uma diferença quantitativa, ou seja, o primeiro é o louco furioso com acessos de demência caracterizados por fúria, tendo ou não intervalos lúcidos que podem ser difíceis de comprovação, ao passo que o mente captus é o idiota, indivíduo de inteligência pouco desenvolvida. Na época das XII Tábuas, só o furioso é curatelado, colocado sob curatela legítima, que beneficia os agnados e os gentiles, isto é, agnados no grau mais remoto, em cujo interesse se fundamenta o instituto. O furioso é totalmente incapaz, sem condições para administrar o patrimônio, constitui uma ameaça para terceiros. É necessário um curador que, em seu lugar, administre o patrimônio, em benefício dos herdeiros presuntivos. O curador do furioso deve cuidar não só da pessoa como dos bens do curatelado, empregando para gerir o patrimônio o processo da “negotiorum gestio”. Um senato consulto, conhecido pelo nome de “Oratio Severi”, no tempo de Sétimo

Severo (195 d.c.) e a Constituição de Constantino (335 d.C.), restringem os poderes do curador, muito amplos na origem, atribuindo-lhe a responsabilidade de prestar conta aos interessados, cabendo a estes contra aquele a “*actio negotiorum gestorum*”.

Já GIORDANI (1992, 14), ao tratar do Código Civil brasileiro à luz do Direito Romano, cita Gaio 3106: “*Furiosos nullum negotium gerere potest, quia non intellegit quid agat*” ou seja: “o louco não pode gerir negócio algum, porque não compreende o que faz” ou ainda Inst. 1.23.4: “*Sed et mente captis et surdis et mutis et qui morbo perpetuo laborant, quia rebus suis superesse non possunt, curatores dandi sunt*” ou seja: “mas deve-se dar curadores aos mentecaptos, aos surdos, aos mudos e aos perpetuamente inválidos, porque não podem estar à frente de seus negócios”.

Outro momento histórico importante na assistência psiquiátrica e de seus aspectos legais é relatado por CASTEL (1978,. 293-304), antes da votação da lei de 30 de junho de 1838 na França, conforme se demonstra a seguir

Em 1784, Bréteuil, Ministro da Casa Real, regulamenta e limita o emprego das “*lettres de cachet*”. Saliente-se que as “*lettres de cachet*” eram a Ordem do Rei outorgada por Ministro da Casa Real para internar as pessoas nos hospitais psiquiátricos por iniciativa da autoridade pública ou das famílias dos doentes mentais. Em 1790, através do artigo 9, da Lei de 27 de março, é abolida a *lettre de cachet*, obrigando as pessoas detidas por causa de doença mental serem interrogadas pelos juizes, examinadas por médicos e, se fossem reconhecidas insanas, seriam tratadas em hospitais psiquiátricos. Em 1790, através da Lei de 24 de agosto, são confiadas a vigilância dos corpos municipais os acontecimentos deploráveis que poderiam ser ocasionados por insanos ou furiosos em liberdade, ou por animais

nocivos e ferozes. Ainda naquele ano, o chefe de polícia de Paris solicita inquérito ao governo sobre a situação dos insanos. Uma comissão do Comitê de Mendicância, com o duque La Rochefoucault-Liancourt, visita os estabelecimentos parisienses onde estão enclausurados os insanos.

Através da lei de 21 de junho de 1791, torna-se possível aplicar penas correicionais, àqueles que deixassem vagar insanos ou furiosos ou animais nocivos ou ferozes. A criação do Comitê da Assistência Pública da Assembléia Legislativa, presidida por Tenon, substituí ao Comitê de Mendicância e é formada por maioria de médicos. Em 1793, ano II da República, pelo artigo 22 da Nova Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, a assistência pública passa a ser uma dívida sagrada, e cabe à lei determinar a sua natureza e aplicação. Pinel é nomeado para o Hospital Bicêtre, e o Hospital Charenton é fechado. Pela Lei de 24 vindimário, ano II, aqueles que estivessem enclausurados por causa de demência, às custas da nação, seriam transferidos para as novas casas de repressão e continuariam a cargo do Poder Público. Em 1794, O Diretório reabre Charenton para o tratamento dos alienados curáveis. Os leitos para loucos no Hôtel-Dieu, assim como as “petites maisons”, que recebiam os incuráveis, são suprimidos. Pinel é nomeado para a Salpêtrière. Em 1798, a Constituição do ano VIII coloca os princípios da reorganização política judiciária e administrativa da França, cujo espírito será definido por Guizot. Essa reorganização administrativa, de modo geral foi simples e consistia num conjunto de meios destinados a fazer chegar, mais prontamente e da maneira mais segura possível, a vontade do poder central a todas as partes da sociedade, e a fazer voltar para o poder central, sob as mesmas condições, as forças da sociedade, seja em homens, seja em dinheiro.

Em 1804, ano XII, pelo artigo 489 do Código Civil, o maior de idade que se encontrasse em estado habitual de imbecilidade, de demência ou de furor devia ser

interditado, mesmo quando esse estado apresentasse intervalos lúcidos. Pelo artigo 509, o interditado é comparado ao menor quanto à sua pessoa e a seus bens. As leis sobre a tutela dos menores se aplicavam à tutela dos interditados. Em 1808, organiza-se a Universidade Imperial que assume o monopólio do ensino público. Circular do Ministro do Interior lembra a necessidade de interditar insanos. O Código do Processo Criminal é aprovado. Em 1810, pelo artigo 64 do Código Penal "Não há crime nem delito quando o acusado estava em atestado de demência no momento da ação ou quando foi coagido por uma força contra a qual não pode resistir". Pelo decreto de 3 de março de 1810, reconhece a prática das internações administrativas e dá existência legal às prisões do Estado para as pessoas detidas sem que seja conveniente levá-las diante dos tribunais nem colocá-las em liberdade. Pelo decreto de 19 de janeiro de 1811, prevê a constituição de um hospício para os menores abandonados em cada distrito.

Em 1819, Guizot é nomeado diretor da Administração Departamental e Municipal e prepara um programa de reformas nos diferentes domínios da assistência. Circular de Decazes, ministro do Interior, prevendo a organização de um sistema de estabelecimentos especiais para os alienados. Em 1822, inicia-se o desenvolvimento do sistema privado de assistência sob controle religioso, através da fundação de asilos privados (o irmão hilarion). Ao mesmo tempo sugere a polêmica sobre a monomania e a perícia psiquiátrica nos tribunais. Em 1834, é apresentado ao Conselho Geral dos Hospícios relatório de Ferrus. Em 1836, Ferrus é nomeado inspetor geral do serviço dos alienados, e o orçamento do ano inscreve as despesas dos alienados nas despesas variáveis dos departamentos. Em 1837, inicia-se a discussão da lei sobre os alienados na Câmara dos Deputados. Dia 30 de junho de 1838, é aprovada a lei sobre os alienados.

4.2 Lei Francesa de 30 de junho de 1838

A França é um dos países que tem uma história psiquiátrica, possivelmente, mais analisada e discutida pelos autores interessados no este assunto. Os hospitais Hôtel-Dieu, Salpêtrière e Bicêtre, os trabalhos de Pinel, Esquirol, Ferrus são exemplo disso. Mas o que mais nos preocupa no momento são as leis e dispositivos legais relacionados, discutidos e criados por esse povo, como um exemplo da evolução pela qual passou a doença mental e a assistência prestada aos indivíduos considerados loucos.

No dia 27 de março de 1790, a Assembléia Constituinte Francesa, em seu artigo 9, assim decretou:

"As pessoas detidas por causa de demência ficarão, durante três meses, a contar do dia da publicação do presente decreto, sob os cuidados de nossos procuradores, serão interrogados pelos juizes nas formas de costume e, em virtude de suas prescrições, visitadas pelos médicos que, sob a supervisão dos diretores de distrito, estabelecerão a verdadeira situação dos doentes, a fim de que, segundo a sentença proferida sobre seus respectivos estados, sejam relaxados ou tratados nos hospitais indicados para este fim".

Tal decisão, relatada e comentada por CASTEL (1978, 9-21), mostra que a Assembléia Revolucionária apresenta toda a problemática moderna da loucura. Pela primeira vez, os dados que irão constituir as bases do encargo social e de seu status antropológico são considerados em conjunto. A questão moderna da loucura, surge da ruptura de um equilíbrio tradicional de poderes pelo desmorramento da antiga

base da legitimidade política. No antigo regime, o controle do comportamento era feito pela Administração Real, o Aparelho Judiciário e a família do indivíduo, repartindo entre si de acordo com os procedimentos tradicionalmente regulados. Agora, são indicados novos membros para o controle, como: procuradores, juízes, administradores locais e médicos. O louco é reconhecido na sua diferença a partir das características do aparelho que vai tratá-lo; entretanto tal indexação coloca, inicialmente, mais problemas do que os resolve. O código médico não é suficientemente apurado para dar um status científico. A tecnologia médica para com a loucura ainda não tem nada a contribuir, pois a especialização é um lugar vazio. Assim o louco que surge como problema na revolução vai ser dotado do status completo de alienado: completamente medicalizado ou definido enquanto personagem social e tipo humano pelo aparelho que conquistou o monopólio de seu encargo legítimo.

As observações de Philippe Pinel sobre seus pacientes de hospital constituíram a base de uma classificação de doenças mentais, surpreendentemente simples e prática, separando-as em melancolia, manias sem delírio, com delírio e demência. Os esforços de Pinel foram reconhecidos pelo mundo por tê-los arrancado dos cárceres onde eles viviam e principalmente por ter patenteadado as barbaridades cometidas naquela época. Esquirol, discípulo de Pinel, classificou e definiu as doenças mentais, identificou possibilidades de recuperação e condições necessárias para um bom tratamento. Acreditava que era preciso conviver com os doentes para obter sucesso na cura. Em consequência de suas reclamações, o governo francês ordenou em 1808 um inquérito com o fim de apurar os abusos que eram cometidos com os doentes mentais, mas por problemas políticos não prosperou. Ferrus, encarregado de um novo inquérito em 1836, mostrou que os progressos da civilização não permitiam mais confundir os alienados pobres com os vagabundos criminosos, que era desumano deixá-los em hospícios onde só havia as sobras dos

outros doentes. Para BRANDÃO (1918, 9-11) os reclamos de Ferrus foram atendidos com a aprovação da Lei de 30 de junho de 1838; sobre os alienados, constituindo-se uma verdadeira conquista para a liberdade. Até então, não existia senão uma pequena garantia para a ordem e a segurança pública, e nenhuma para a liberdade individual. Essa lei impôs deveres às autoridades e traçou as regras que deveriam ser seguidas para o seqüestro do doente mental. O movimento iniciado na França propagou-se por toda a Europa. As leis editadas em outros países sobre o assunto, embora moldadas na lei francesa, em muitos pontos excederam-na pelo espírito de justiça.

Para CASTEL (1978, 21-54), a lei de 30 de junho de 1838, sobre os alienados, foi a primeira decisão legislativa que reconhecia um direito à assistência e a atenção aos doentes mentais. Foi a primeira a instaurar um dispositivo completo de ajuda para a invenção de um novo espaço, a criação de um primeiro corpo de médicos e funcionários e a constituição de um saber especial. A legislação antecipou em cinquenta anos e ultrapassou em sistematização todas as outras medidas de assistência. A loucura desafiou a sociedade nascida nas convulsões da queda do antigo regime, e a sociedade aceitou o fato porque estava em jogo a credibilidade dos princípios e do equilíbrio de seus poderes. Antes da Revolução, o seqüestro dos doentes mentais era de responsabilidade do Judiciário e do Poder Executivo, os procedimentos complexos e mal unificados provocavam conflito de competência entre ambos. O procedimento judicial mais elaborado foi o da interdição que seria adotada pelo Código Napoleônico. Consistia inicialmente na demanda apresentada pela família ao juiz que determinava o embargo, ouvia testemunhas e interrogava o louco. A pessoa considerada louca podia ser seqüestrada em casa de detenção, e seus bens eram colocados sob tutela. A repercussão de tais métodos expunha as famílias, por isso tornava-se pouco solicitada. Outros enclausuramentos, a maioria deles, eram efetuados por ordem do rei ou “lettre de cachet”. Essa ordem era outorgada pelo

Ministro da Casa Real, por iniciativa da autoridade pública ou das famílias dos doentes mentais. O seqüestro só seria legal, à medida que se obtivesse a “lettre de cachet”, que foi abolida pelo artigo 9 do Decreto da Assembléia Constituinte em 27 de março de 1790. Além dos hospitais de tratamento, como o Hôtel-Dieu, pôde-se identificar, no final do antigo regime real, quatro ou cinco tipos de estabelecimentos que acolhiam os doentes mentais: fundações religiosas estando aí incluídas as casas de caridade dos Irmãos de São João de Deus e também os conventos dos Cordeliers, dos Bons-fils, dos Irmãos das Escolas Cristãs, da Casa de São Lázaro fundada por São Vicente de Paula, e mais uma dúzia de conventos de mulheres recebendo ao mesmo tempo pessoas possíveis de correição, loucas e moças arrependidas; as prisões do Estado como a Bastilha ou a Fortaleza de Ha; hospitais gerais, sobretudo Bicêtre e Salpêtrière, onde foi encarcerada mais da metade dos loucos do Reino; pensões mantidas por leigos, só em Paris existiam mais ou menos vinte. Entre as mais famosas podemos mencionar a Pensão Belhome, onde Pinel travou as suas primeiras disputas.

Em uma análise rápida do texto da Lei de 30 de junho de 1838, que se encontra anexo ao trabalho, no título que trata dos estabelecimentos dos alienados, verifica-se que cada departamento, (aqui entendido como organização social ou província) deveria ter um estabelecimento público destinado a receber e cuidar dos alienados com a aprovação do Ministro do Interior. Assim, os estabelecimentos públicos ficavam destinados aos alienados sob a direção da autoridade pública, enquanto os estabelecimentos particulares ficavam sob a vigilância da autoridade pública.

O título que trata das internações realizadas nos estabelecimentos de alienados, primeiramente alude às internações voluntárias, verificando-se também que esses estabelecimentos públicos e privados só poderiam receber uma pessoa

portadora de alienação mental se lhes fosse apresentada uma solicitação com a qualificação completa daquele que estava solicitando o internamento e daquele que seria internado; um atestado médico contendo detalhes sobre a doença. O passaporte ou documento de identidade com o atestado médico seria encaminhado em 24 horas com um boletim ao chefe de polícia de Paris, nas províncias ou departamento ao prefeito ou ao vice-prefeito, e nos outros municípios ao prefeito municipal. Os procedimentos referentes às internações eram carregados de cuidados e preocupações, no sentido de dificultar abusos por qualquer que fosse o interessado em manter um doente mental internado indevidamente.

Uma vez registrada a cura por parte do médico, as pessoas internadas deveriam receber alta hospitalar, mas igualmente poderiam sair do hospital independente de cura ou alta aqueles internados, cujo os familiares que o internaram ou interessados enunciados pela lei solicitassem a sua saída. Todavia, se no entendimento médico esse internado viesse a constituir perigo para a ordem pública ou à segurança das pessoas, ele comunicaria o fato ao prefeito municipal que poderia suspender provisoriamente a sua saída, notificando o prefeito departamental ou governador da província. Se em 15 dias o prefeito departamental não mantivesse a suspensão, estaria cancelada. O prefeito departamental também poderia determinar a saída de qualquer internado voluntariamente.

Quando a lei trata das internações ordenadas pela autoridade pública, verifica-se que as autoridades administrativas, chefe de polícia e prefeito poderiam ordenar, desde que justificado, o internamento de alienados que comprometessem a ordem pública ou a segurança das pessoas, mas também deveriam informar os procuradores do rei. Importante registrar ainda, neste título, a proibição de serem os alienados mantidos em prisão.

Quando trata das despesas do serviço dos alienados, a lei de 30 de junho de 1838 determina que os gastos estabelecidos pelos prefeitos para transporte, hospedagem, manutenção e tratamento estariam a cargo dos internados, ou daqueles a quem pudesse solicitar alimentos nos termos do artigo 205 do Código Civil. No caso de não ser possível cobrar por insuficiência de recursos, seria lançado no orçamento do departamento ou província, recebendo o hospício o valor correspondente ao número de alienados internados.

Ao tratar das disposições comuns a todas as pessoas internadas nos estabelecimento dos alienados, a lei estabelecia que as pessoas designadas: pai, parentes, tutores, e outros, poderiam a qualquer momento apelar ao tribunal do lugar para retirar um internado; igualmente nenhuma reclamação ou requerimento dirigido à autoridade administrativa ou judiciária poderia ser retida pelos chefes dos hospitais. Em hipótese alguma, qualquer chefe, diretor ou preposto poderia reter a saída de um internado determinada pelo prefeito departamental ou de província. Papel importante é atribuído às comissões administrativas ou de supervisão dos hospícios na administração dos bens dos internados, inclusive para vender bens desde que autorizados pelo presidente do tribunal civil. As somas arrecadadas seriam empregadas em benefício das pessoas internadas. Os internados poderiam também ter um mandatário por indicação do tribunal para defendê-los, caso houvesse sido movida uma ação contra eles após a internação. Igualmente os atos de um internado sem interdição poderiam ser denunciados em razão de demência, previstos pelo artigo 1304 do código civil.

De fundamental importância para a época foi a obrigação de ser ouvido o Ministério Público em todas as questões que tratassem dos alienados, independente de ser ou não interditado, bem como as penas de multa e prisão para aqueles que viessem contraventar essa lei.

Justifica-se fazer a diferença do prefeito departamental, que era o funcionário do governo central encarregado da administração de um departamento ou província, enquanto o prefeito municipal era aquele do município.

A lei de 1838, que foi regulamentada em 18 de dezembro de 1939, representou a primeira vitória clara e completa do empreendimento de transmutação de um sistema de relações de poder, em um sistema de regras legitimadas e desejadas. Nesse sentido, ela pode servir de modelo para a análise desses novos processos de tutelarização que, diferentes das antigas dominações, fundadas nas tradições e nas situações costumeiras, encontravam sua justificativa no saber, e sua eficácia na racionalidade técnica. O dispositivo mental, como esta cristalizado na lei de 1838, torna incapaz de realizar um programa público fora do asilo. A vitória alienista conseguiu a medicalização completa da loucura. A lei impôs-lhe condições que iriam dificultar as possibilidades de desenvolvimento futuro. Assim, o movimento alienista seria levado a pensar suas possibilidades de desenvolvimento, através do simples crescimento quantitativo do valor asilar. Mesmo que esse programa tivesse prosperado e que não foi o caso por razões administrativas e principalmente por econômicas e financeiras, ele estaria condenado a perder sensivelmente a qualidade. O modelo asilar condiciona uma espécie de modelo ideal de doente que compete à psiquiatria, por ser pobre, com episódios patológicos espetaculares, perigosos e incuráveis. Esse seria o pedestal do alienista. Justamente pela definição demasiadamente estreita da psiquiatria, a partir do século XX as críticas contra a Lei de 1838 começaram a levar em consideração essa relação entre a legislação e o problema da natureza da doença mental. Assim, poderíamos dizer que era preciso que a lei de 1838 existisse, mesmo que sua aplicação não fosse completa. Ela teve um papel fundamental na assistência à psiquiatria, e por isso não

podemos olhar com os olhos de hoje a realidade de ontem, sem levar em consideração o momento histórico.

4.3 Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903

Mesmo antes da lei francesa de 1838, começaram reclamações e protestos contra as condições dos doentes mentais no Rio de Janeiro, pelo Dr. Jobim em 1830, e, em São Paulo, em 1831, com a determinação do Presidente da Província de separar na cadeia os loucos de outros presos, e de abolir as correntes que serviam para conter os furiosos (FRALETTI 1972, 24).

Apesar de ser criado o Hospital Pedro II em 18 de julho de 1841, e mais tarde, hospitais em São Paulo, Porto Alegre, Olinda, Salvador, e outros Estados. Ainda não existia uma lei específica de proteção aos doentes mentais, por isso eles eram mandados para as casas de saúde, hospícios e prisões sem nenhum preceito legal que disciplinasse o referido ato de seqüestro, a conservação, o respeito ao patrimônio dos doentes, dentro dos princípios de direito e justiça.

Em 24 de abril de 1896, Teixeira Brandão encaminha ofício com exposição de motivos ao Ministro da Justiça e Negócios do Interior, reclamando da situação irregular e indefinida em que se encontravam os doentes mentais perante as leis brasileiras. Na exposição, o médico engajado na causa da criação de uma lei nacional nos moldes da lei francesa de 1838, chama a atenção para a situação que tem de ser estudada no ponto de vista médico e legal. Em suas palavras, o documento era assim defendido:

"O que convém é que a lei impeça as seqüestrações arbitrárias, que não permita a reclusão senão depois das provas documentadas da moléstia, impossibilitando dessa arte as fraudes e as violências contra a liberdade individual sob o pretexto de uma moléstia que, na realidade, não existe. O que compete à autoridade é ter sob a sua jurisdição todos os estabelecimentos onde houver alienados para tornar efetiva e eficaz a proteção de que carecem. E não é só isso. Quem lhes zelaria a fortuna, salvando-os da indigência, se a avidez e a cobiça não encontrassem na lei um obstáculo aos seus desígnios? E como poderia a autoridade estender até aos alienados conservados fora dos asilos a influência benéfica de sua proteção e acautelar-lhes os bens, se não houvesse uma providência legislativa que, impondo a obrigação de levar ao seu conhecimento os fatos ocorrentes e relativos aos alienados, lhes permitisse fiscalizar e intervir quando julgar necessário?"
(BRANDÃO 1918, 47)

Na sessão de 1 de agosto de 1896, o deputado Gonçalves Ramos apresentou à Câmara dos Deputados projeto-de-lei com 12 artigos: estudado por uma comissão especial e relatado pelo deputado Almeida Nogueira, o projeto passou na Câmara sem impugnações. No Senado, porém, o senador Leite Oiticica, adversário da Organização da Assistência, e o senador Lopes Trovão, protelaram por todos os meios e modos a passagem do projeto, não sendo por isso mais cogitada a sua aprovação. Para BRANDÃO (1918, 144-167), no governo do presidente Campos Salles que tinha Epitácio Pessoa como Ministro da Justiça e dos Negócios do Interior, renunciou imediatamente ao cargo de Inspetor do Serviço de Alienados,

disposto a pleitear, em outra esfera, a adoção de medidas pelas quais vinha trabalhando desde 1866.

Eleito deputado ao Congresso Nacional em 1903, pelo Terceiro Distrito do Estado do Rio de Janeiro, Teixeira Brandão empenhou-se em continuar sua obra anteriormente interrompida, encaminhando projeto para debate na Comissão de Legislação e Justiça, sendo apresentado pelo seu relator à consideração do congresso e, afinal, aprovado e sancionado pelo Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903, no Governo do presidente Rodrigues Alves.

A primeira lei específica de proteção ao doente mental, também anexa, só poderia iniciar, como efetivamente iniciou, tratando das internações por interesse da ordem pública e segurança das pessoas, mas só se tornava efetiva após a comprovação da alienação. Deveria ainda o diretor do estabelecimento comunicar dentro de 24 horas ao Juiz competente a admissão, que era feita mediante a requisição ou a requerimento de uma autoridade pública ou algum particular. No primeiro caso a autoridade juntaria requisição com a qualificação, fatos que motivaram a detenção do enfermo e o laudo do exame médico feito pela polícia, quando esta for solicitante. No segundo caso por requisição de particular, solicitavam-se documentos que o qualificassem e dois pareceres de médicos que tenham examinado o enfermo, no máximo 15 dias antes do dia da internação.

Previa a possibilidade de tratamento em domicílio, desde que fossem dados os cuidados necessários, mas se a moléstia excedesse dois meses, a pessoa responsável devia comunicar o fato à autoridade competente. Era permitido em qualquer ocasião ao indivíduo internado ou em tratamento em domicílio reclamar por si ou por pessoa interessada a falta, ou solicitar novo exame de sanidade.

Salvo perigo iminente para a ordem pública ou para o próprio enfermo, não seria recusada a retirada de qualquer internado quando requerida por quem internou. Se, se fosse recusada a saída, o diretor do hospital deveria comunicar em relatório à autoridade competente as razões da recusa, para julgamento da sua procedência.

No caso de evasão, de qualquer internado só poderia ser reintegrado, sem as formalidades legais de uma nova internação, no prazo inferior a 15 dias.

Por denúncia do Ministério Público haveria ação penal nos casos de violência e atentados ao pudor, praticados contra a pessoa dos alienados, proibia a manutenção de alienados em cadeia pública ou entre criminosos. Onde não houvesse hospício a autoridade competente alojaria em casa expressamente destinada a tal fim, até que pudesse ser levado para estabelecimento especial.

A inspeção dos estabelecimentos públicos ou particulares destinados aos alienados seria realizada por uma comissão, designada pelo governo e composta em cada Estado e no Distrito Federal por um procurador da República, ao curador de órfãos e um profissional de reconhecida competência.

O Decreto 1.132 determinava os requisitos que tinham de preencher os hospícios e casa de saúde para habilitar-se ao recebimento de alienados, bem como a documentação que seria dirigida ao Ministério do Interior ou aos presidentes ou governadores de Estado. Determinava que os diretores de hospitais tinham de encaminhar mensalmente relatório circunstanciado à comissão inspetora.

Ao governo da União cabia manter assistência aos alienados do Distrito Federal, havendo da prefeitura as diárias dos doentes. Os internados provenientes de outros Estados e de outros países também tinham de pagar diária. Determinava os

profissionais de assistência que deveriam fazer parte do Hospício Nacional, a forma do concurso, e finalmente as penas de prisão e multa a quem infringisse qualquer dispositivo daquela lei.

Sabe-se que o Decreto 1.132, brevemente comentado acima, foi inspirado na Lei Francesa de 1838, alvo das preocupações de Teixeira Brandão, quando encaminhou exposição de motivos ao Congresso Nacional em 24 de abril 1896. Esta foi sua primeira tentativa de aprovar uma lei específica de proteção ao doente mental, que recebeu críticas contundentes de seus pares. Nina Rodrigues condenou o decreto por seu pouco estudo, limitando-se a condensar e resumir a lei francesa. A intenção de regular a assistência nos Estados onde o poder central não poderia interferir para obrigar o seu cumprimento tornava-a inoperante. Importante é também conhecer a opinião do autor do decreto com relação à sua aplicabilidade:

“Como se vê a lei foi promulgada há 14 anos, entretanto paremos que somente no Distrito Federal foi nomeada a Comissão de que trata o artigo 12. E, como o governo, com o daltonismo moral, tão peculiar a certos períodos, viu nessa lei não uma medida salutar e necessária à proteção dos alienados e assecuratória da liberdade individual, impedindo que sob pretexto de estar alienado fosse qualquer indivíduo enclausurado em uma casa de saúde ou aliunde, mas um lugar remunerado a preencher, nomeou para o lugar do médico nessa comissão não um profissional de reconhecida competência, capaz da suprema inspeção de todos os estabelecimentos públicos e particulares, existentes no país (art 12), mas um clínico alheio a essa especialidade, que aliás não se inventa nem se estuda apenas manuseando livros”.(BRANDÃO 1918, 165).

Até se pode entender a decepção de Brandão, pois a história comprova que em nosso país existem milhares de leis, mas são muito poucas aquelas aprovadas e colocadas em prática para beneficiar os indivíduos. Diferente da Lei Francesa de 1838, cuja aprovação motivou uma discussão muito mais intensa, tanto entre a comunidade científica como nos meios políticos. Naquele país, já existia uma histórica tradição de cumprimento por parte do Estado, especialmente após a Revolução Francesa, quando houve maior conscientização do povo pelos seus direitos. O decreto 1.132 só foi regulamentado pelo decreto-executivo número 5.125 em 1 de fevereiro de 1924 pretendendo regular a assistência aos alienados, trouxe normas que colidiram com o espírito de alguns artigos. Tornou obrigatória a censura à correspondência dos pacientes, dificultando a reclamação de exames de sanidade. Mas o próprio Brandão continuou a manifestar suas queixas sobre a lei antes da sua regulamentação:

"Não tendo sido expedidas instruções regulamentares para a execução da lei, a comissão deturpou os intuitos do legislador, enveredando por uma esfera de atribuições, completamente alheia a sua alçada, limitando-se, nos asylos públicos e particulares a fiscalizar o serviço econômico, a interferir no serviço clínico, incompetentemente, a fazer indagações e inquéritos ridículos. Entretanto, os alienados continuam a serem seqüestrados nas casas de saúde particulares. Estabelecimentos particulares, sem autorização legal, recebem alienados, que são ahi enclausurados e permanecem sem tratamento algum. Associações espíritas incumbem-se de tratá-los, menosprezando a lei e os mais elementares princípios de humanidade. Os bens desses infelizes continuam sujeitos às especulações de terceiros,

porque a justiça, por seus órgãos não os ampara, como era do seu dever, enfim, não obstante a existência dessa legislação especial pela qual tantos esforços envidamos desde 1886, pela incúria dos ministros e pelo desleixo e falta do cumprimento dos deveres por parte das autoridades administrativas, a situação dos alienados é quase a mesma daquela época".(BRANDÃO 1918, 166).

O desabafo de Brandão retrata a angústia e o sentimento de irrealização que o tomou, após verificar que a aprovação da lei não resultou em benefícios práticos e reais para a assistência psiquiátrica e o doente mental, pela ineficiência dos órgãos administrativos e poder judiciário da época. Por outro lado, a simples aprovação de uma lei não significa alcançar os resultados esperados, especialmente quando se trata de assunto tão complexo como é a doença mental e de difícil aplicação porque necessita e até exige o engajamento dos técnicos do setor juntamente com a comunidade interessada.

Por ser tradução e resumo da lei francesa de 1838, as críticas contra o decreto não significam que não se encontrem avanços em vários artigos desta sobre aquela. Pode-se verificar, especialmente quando trata no artigo terceiro, do tratamento em domicílio que na lei francesa não tinha qualquer previsão, o que leva a crer que houve mudanças consideráveis na conceituação de doença mental. Da mesma forma, a preocupação em permitir que o doente mental ou interessado possa requerer exame de sanidade que faça cessar o constrangimento à liberdade. Todavia, o dispositivo de maior sentimento de justiça e preocupação com os direitos humanos, encontra-se no parágrafo segundo do artigo primeiro, no qual trata da admissão provisória nos casos de ordem pública, sendo que o diretor do estabelecimento devia comunicar dentro de 24 horas ao juiz competente a admissão, relatando-lhe o ocorrido juntamente com o

relatório médico. Deve-se levar em consideração, também, que a lei francesa de 1838 serviu de base para a grande maioria de outros países e, por isso, não se deve entender como um desprestígio para o Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que podemos considerá-la como a primeira lei específica de assistência ao doente mental no Brasil. Acrescente-se, finalmente, que o mesmo decreto comparado com a lei francesa apresentou características singulares como: objetividade, simplicidade e facilidade de entendimento por qualquer pessoa que viesse a consultá-lo.

4.4 Decreto 24.559, de 3 julho de 1934

A “República Nova”, inaugurada que iniciou com a Revolução de 1930, fez diversas alterações nas estruturas nacionais do país. A antiga Assistência a Alienados do Distrito Federal, pela proposta Afrânio Peixoto, colaborador do agora deputado federal Juliano Moreira, que também de alienista entrou para a política, passou a receber a denominação de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. Assim, com a era Getúlio, passaram a pertencer ao Ministério da Educação e Saúde Pública, que a partir de 1937 também se chamou Ministério da Educação e Saúde, deixando o antigo Ministério da Justiça e Negócios do Interior da Velha República. Surge também o Movimento de Higiene Mental, que tem em Gustavo Riedel, fundador dos primeiros ambulatórios de higiene mental e presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental, um dos principais idealizadores da prevenção da doença mental. Destaca-se, ainda, que foi durante a República Nova, (Governo de Getúlio Vargas) que foram criados a maioria das leis e os códigos de nosso país. O Código Penal é de 7 de dezembro de 1940, o Código de Processo Penal é de 11 de dezembro de 1941, a Consolidação das Leis do Trabalho é de primeiro de maio de 1941, e o antigo Código de Processo Civil já revogado, foi de 1939. Assim, não

surpreende que o Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, a segunda lei específica de proteção ao doente mental, também tenha surgido nesse período.

Tal decreto que se encontra anexo dispôs sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, estabelecendo inicialmente os objetivos da assistência a psicopatas e a profilaxia mental como tratamento e proteção legal; amparo médico e social e a realização da higiene psíquica e a profilaxia das psicopatias. Instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas, com dezenas de pessoas, tendo como presidente o Ministro da Educação e Saúde Pública, com as funções de estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas e auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental nas lutas contra os grandes males sociais. A prevenção obedece aos modernos preceitos de psiquiatria: trata os alienados em hospital ou em domicílio; os menores só podem ingressar em unidades especialmente a eles destinadas; proíbe de manter doentes mentais em hospitais de clínica geral a não ser em unidades especialmente a eles destinadas; a internação em manicômios far-se-ia por ordem do juiz; os estabelecimentos psiquiátricos destinados à internação do doente mental devem ser dirigidos por profissionais habilitados e estar convenientemente instalados de maneira que permita a separação por sexo; considerava profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico quem possuísse o título de professor de clínica psiquiátrica ou livre docente da Faculdade de Medicina: aqueles que pretendem fundar um estabelecimento psiquiátrico devem solicitar ao Ministro da Educação autorização juntamente com a documentação necessária.

O Decreto 24.559 dividiu os estabelecimentos psiquiátricos públicos em regime aberto, misto e fechado. Permitiu que os estabelecimentos psiquiátricos públicos mantivessem em seus arredores um serviço de assistência hetero-familiar. Previu, também, que os indivíduos suspeitos ou psicopatas que atentassem contra a

própria vida ou a de outrem, perturbassem a ordem ou ofendessem a moral pública, deveriam ser recolhidos a estabelecimento psiquiátrico para observação e tratamento. Estabeleceu que a internação dos psicopatas dar-se-ia de duas formas: por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial e a pedido do próprio paciente, ou por solicitação de familiares, curador, tutor, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, ou interessado. Determinou a relação de documentos necessários para ser apresentados, que a internação voluntária só se daria em estabelecimento aberto; que nos casos urgentes bastava a apresentação do atestado médico; a obrigação de ter um livro rubricado pela Comissão Inspetora, constando nome e qualificação dos internados; obrigatoriedade de exame médico do paciente internado; obrigação de não recusar a retirada dos estabelecimentos psiquiátricos os pacientes internados; poder o diretor do hospital conceder licença de seis meses aos internados, quando não se justificar a alta hospitalar; poder readmitir sem as formalidades antes de decorridos 30 dias da fuga; a realização de exames de sanidade aos estrangeiros e aos que postulassem naturalização.

Além dessas estipulações, o referido decreto considerava os psicopatas assim declarados pela perícia médica em absoluta ou relativamente incapazes de exercer os atos da vida civil; estabelecia que até 90 dias de internação os psicopatas não poderiam exercer nenhum ato de administração de seus bens, senão de acordo com o artigo 454 do Código Civil, prazo findo o qual lhe seria nomeado um administrador provisório; após dois anos, não podendo o psicopata assumir a direção de seus bens, ser-lhe-ia decretada a interdição promovida pelo Ministério Público ou pelos interessados; obrigava o administrador provisório e o curador a trimestralmente, prestar contas à autoridade judicial competente sob pena de destituição "ex-officio"; a possibilitava aos psicopatas reclamar por si ou por outrem novo exame de sanidade mental, que não podia ser feito por médico daquela instituição; proibia o pessoal do

estabelecimento de violar a correspondência dos alienados dirigida a qualquer autoridade.

Para zelar pelo seu fiel cumprimento esse decreto constituiu a Comissão Inspetora no Distrito Federal e nos Estados; previu a possibilidade de multa às infrações ao decreto sem prejuízo das penalidades previstas no Código Penal e, finalmente, a revogação das disposições em contrário.

Analisando o decreto em questão, segunda lei específica de proteção ao doente mental, Galdino Loreto vê nele falha de ser irrealista, com o que também concordou Isaias Paim, alegando que criar o amplo Conselho de Proteção aos Psicopatas nos moldes como foi apresentado, seria laborar em pleno domínio do irreal.

Reconhece-se que o Decreto 24.559, representou a mais ampla lei brasileira com relação ao doente mental, não tendo sido revogada até hoje. Ela é de fundamental interesse para aqueles que atuam na área. Aprovada 96 anos após a Lei Francesa de 1838, ainda assim dela recebeu muita influência, cumprindo mencionar alguns pontos importantes, como por exemplo: com relação aos responsáveis pelos internamentos e saídas dos hospitais; necessidade e validade de atestado médico; internação voluntária; solicitação de documentos; procedimentos de registros dos livros e fiscalização por parte da comissão inspetora; internação por ordem de autoridade pública; autorização para funcionamento dos estabelecimentos por parte do poder público; pagamento de multa e pena para quem infringir a lei; a criação do administrador provisório e até a correspondência dirigida a autoridades que não poderia ser violada. Destacam-se, como diferenças importantes, a preocupação com prevenção, profilaxia e proteção também do doente não-internado, enquanto a lei francesa só se preocupava com o indivíduo internado. Procurou, em diversos

momentos trazer para dentro dos hospitais o meio acadêmico e professores universitários, considerando profissionais habilitados em primeiro lugar quem tivesse o título de professor de clínica psiquiátrica ou livre docente. Um conselho de proteção aos psicopatas, com um número exagerado de participantes, tinha a finalidade de estudar, coordenar, auxiliar a prevenção e o tratamento do doente mental; a não previsão de pagamento aos estabelecimentos hospitalares por parte dos pacientes; a inclusão da família como elemento de proteção ao doente mental. Um dos mais draconianos artigos previa que os estrangeiros que ingressassem no país seriam submetidos a exame de sanidade, bem como aqueles que quisessem naturalizar-se. A criação de estabelecimento fechado, aberto e mistos, facilidade na internação para os psicopatas evadidos da instituição no prazo de 30 dias; limitações para o médico lavrar atestado em diversas situações.

Enfim, se encontrariam tantos outros artigos comuns à lei francesa de 1838 e o decreto 1.132, como também se encontrariam outros artigos não mencionados que também não tiveram relação com a lei francesa.

É necessário, também, fazer a relação entre o Decreto 1.132 de 1903, primeira lei de proteção ao doente mental, e o Decreto 24.559 de 1934, segunda lei de proteção ao doente mental. Ambos são importantes para a assistência psiquiátrica no Brasil. Em pesquisa já realizada no Estado de Santa Catarina, chegou-se à conclusão de que a maioria dos profissionais de curso superior que trabalham na psiquiatria não conhecem as leis específicas de proteção ao doente mental, incluído o Decreto 24.559 de 1934, que é a lei vigente até o presente momento. Qual não seria, então, o desconhecimento do decreto 1.132 em 1903? Esse decreto era formado por 23 artigos, todos eles de uma construção simples, de fácil entendimento e sem maior complexidade, enquanto o Decreto 24.559 constitui-se de 34 artigos em uma construção complexa, de difícil assimilação, a começar pelo Conselho de

Proteção ao Psicopata, criado pelo artigo 2, que até hoje não foi efetivado, em face do número de pessoas e de instituições envolvidas. Registrem-se as preocupações que tem o Decreto 24.559 com prevenção, higiene mental e profilaxia mental, que são frutos de movimentos posteriores a 1920. Por outro lado, a preocupação do Decreto 1.132, com a internação por interesse da ordem pública, exigindo que devia ser comunicado ao juiz competente dentro de 24 horas, desapareceu em 1934. Em ambos os casos, verifica-se que o alienado ou interessado poderiam solicitar novo exame de sanidade. No Decreto 1.132, encontrava-se a figura do Ministério Público como responsável pela ação penal, nos casos de violência e atentados contra o doente mental, o que já não aparece no decreto 24.559. Enquanto no 1.132 aparece a autoridade do juiz de direito como fiscalizador da assistência. No 24.559, ele é substituído pela comissão inspetora, que provavelmente jamais chegou a ser constituída na maioria dos estados. Enquanto a solicitação para fundar clínicas, no Decreto 1.132 era dirigida aos estados, no Decreto 24.559, era dirigida ao Ministro da Educação e Saúde, no Rio de Janeiro. No Decreto 24.559, há um capítulo que trata da proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, com a criação de curadores, administradores provisórios, e outros, que não são previstos no Decreto 1.132.

4.5 Decreto Estadual número 24.982, de 14 de maio de 1985

Através da Lei número 6.320, de 20 de dezembro de 1983, que foi sancionada pelo governador do Estado Esperidião Amin, Santa Catarina passou a ter normas gerais sobre saúde atendendo a Legislação Federal. Trata-se de uma lei com 76 artigos e que contempla a saúde da pessoa e da família, saúde de terceiros, incluindo atividades dos profissionais de saúde e dos estabelecimentos de saúde, dos métodos de controle das doenças transmissíveis, estabelecimentos industrial, comercial e agropecuário, estabelecimento de ensino estabelecimento e local para lazer,

alimentos e bebidas, abastecimento de água, substâncias e produtos perigosos; divulgação promoção e propaganda; deveres da pessoa com relação ao ambiente, com poluição e ou contaminação do solo e ou da água; poluição e ou contaminação aérea; poluição sonora; flora e fauna; cemitérios, Disposição e traslado de cadáveres. necrotério.

A partir da Lei Geral de Saúde número 6.320, de 20 de dezembro 1983, e por determinação das disposições finais e transitórias, arts. 72 e 73, o Poder Executivo ficava compromissado em expedir regulamentos necessários à execução da referida lei. A Secretaria da Saúde, ouvidas as entidades profissionais da área da saúde elaboraria ou adotaria normas técnicas que seriam baixadas por decreto do Poder Executivo, com a finalidade de complementar os regulamentos previstos. E foi assim que nasceu o Decreto Estadual número 24.982, de 14 de maio de 1985, que veio regulamentar os artigos 10 e 11, da Lei 6.320 de 20 de dezembro de 1983, e que assim previa:

Art. 10- Toda pessoa portadora de doença mental ou dependente do uso de substâncias tóxicas ou entorpecentes pode dirigir-se aos serviços de saúde mental oferecidos pelo Estado, a fim de recuperar-se.

Art. 11- O doente somente será internado mediante guia de internação hospitalar e ou atestado médico que justifique a necessidade dessa providência.

Parágrafo 1- O paciente internado voluntariamente poderá ter alta a pedido, salvo quando o médico verificar perigo para o mesmo ou para terceiros, podendo, se for o caso, recorrer da decisão do médico.

Parágrafo 2- As condutas específicas em relação ao doente mental, serão objeto de regulamento próprio.

Baseando-se nestes dois artigos, entende-se que para interpretar ou discutir o Decreto 24.982, de 14 de maio de 1985, deve-se começar pela Lei 6.320, de 20 de dezembro de 1983.

Constata-se no artigo 10 que toda pessoa portadora de doença mental e dependentes em geral aí incluindo bebidas, drogas, pode procurar os serviços de saúde mental oferecidos pelo Estado para recuperar-se. Acredita-se que a expressão mais adequada seria a fim de “tratar-se”, porque nem todos aqueles que se tratam em serviços de saúde mental se recuperam. O artigo 11 determina que o doente será internado mediante guia de internação hospitalar ou atestado médico que justifique tal providência, sendo que o paciente poderá ter alta a pedido, salvo quando o médico verificar perigo para o próprio doente ou para terceiros, podendo o internado recorrer da decisão do médico. A internação através de atestado médico, tanto quanto a alta a pedido, fazem parte dos artigos 8 e 14 da Lei Francesa de 30 de junho de 1830; artigo segundo menos a alta a pedido no Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903, e nos arts. 12 e 19 do Decreto 24.559 de 3 de julho de 1934 (ambas anexas ao trabalho). O direito do paciente de recorrer da decisão do médico também já existia na Lei Francesa com vantagem. Desse modo, entendemos que esses dois artigos não representaram avanços com relação a legislações anteriores.

No Decreto 24.982, de 14 de maio de 1985, constata-se que o artigo primeiro oferece a vantagem em relação aos demais porque ele já inicia definindo termos e expressões com o objetivo de explicar e facilitar a compreensão do texto legal, sem afastar outras definições científicas. Pelo artigo quarto, só terão direito à assistência psiquiátrica prestada pelo Estado em estabelecimentos da rede oficial aquelas

pessoas que comprovarem a insuficiência econômica. Tal entendimento atenta contra a Constituição de 1988, cujos artigos 196 e 198 estabelecem acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, como também a criação do Sistema Único de Saúde. Destacamos o artigo sétimo, no qual a pessoa tem o direito de receber a melhor atenção e assistência para sua recuperação através de assistência extra-hospitalar em ambulatórios, emergências, em regime de semi-hospitalização (hospital dia ou noite), pensões ou lares protegidos; assistência através de hospitais gerais, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e para cada 50.000 habitantes a recomendação de um ambulatório de assistência psiquiátrica. Se compararmos as três primeiras leis mencionadas, não encontraremos nada semelhante. Aliás, somente o Decreto 24.559, no seu artigo oitavo, menciona que os hospitais públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência hetero-familiar, a fim de readaptar a vida dos psicopatas. Somente o Projeto de Lei da Câmara número 8 de 1991 e número 3.657/89, na casa da origem no seu artigo segundo, menciona que as administrações regionais de saúde estabelecerão a planificação para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como a progressiva extinção dos leitos de características manicomiais, este último podendo ser interpretado como avanço em relação aos demais.

Quando da internação hospitalar no art. 13, a obrigatoriedade de avaliação médica prévia, condições compatíveis com a periculosidade, proibição da permanência do doente mental em estabelecimento policial, penitenciário ou similar, tudo isto já constava no art. 24 da Lei de 30 de junho de 1838 e do art. 10 do Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903. A alta hospitalar prevista nos artigos 14 a 17, como não podia deixar de ser, a presença nos arts. 10 e 11 da Lei 6.320, de dezembro de 1983, a proibição de não permanecer no hospital e a garantia do

retorno ao meio sócio-familiar, salvo as exceções. A licença especial e o retorno experimental concedido pelo médico ao paciente internado para avaliação do retorno ao meio social também constam do art. 6 do Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903, e dos arts. 20 e 22 do decreto 24.559 de 3 de julho de 1934.

O doente mental é alvo dos arts 18 a 23 do Decreto Estadual número 24.982 de 14 de maio de 1985, por meio da assistência psiquiátrica universal abrangendo os diferentes grupos como: materno-infantil, adolescente, adulto, idosos, dependentes de drogas e desajustados sociais e deficientes mentais. Se relacionarmos com as outras leis veremos que no Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, no parágrafo segundo do art. terceiro, os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais das demais instituições desse gênero, além de proibir, no parágrafo terceiro do art. 3, a internação de doente mental em hospital geral a não ser em unidades especiais a eles destinadas. No art. 23, encontramos a garantia e segurança do patrimônio do doente internado quando tiver bens ou receber pensão, cabendo ao diretor do estabelecimento comunicar ao Ministério Público ou Juiz de Direito para que seja garantida a segurança do patrimônio, presente no Decreto 24.559 com um capítulo especial de 9 artigos para proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas. Finalmente, as penalidades previstas pelo Decreto 24.982 para caracterização de infrações, serão contempladas pelo Decreto Estadual de 23.663 de 16 de outubro de 1984. As demais leis, tanto a Lei Francesa de 30 de junho de 1835, previa prisão de 5 dias a 1 ano e multa de 50 a 3 mil francos além de aplicação do Código Penal; como o Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903, também previa prisão de 8 dias e multa de 500 a 1000 réis; já o Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, previa somente multa.

Finalmente, é importante destacar que o Decreto Estadual número 24.982, de 14 de maio de 1985, obedeceu às determinações da Lei 6.320, de 20 de dezembro de

1983, pelo qual a Secretaria da Saúde ouviria as entidades profissionais da área da saúde elaborando e adotando normas técnicas que seriam baixadas por decreto, cuja elaboração envolveu diversos profissionais da saúde e do Direito. Ao apreciar o seu conteúdo constata-se que a maioria dos artigos foram inspirados na Lei Francesa de 30 de junho de 1838, no Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903, e no Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934. Se comparados com a Constituição de 1988, o art. quarto, que trata da comprovação da insuficiência econômica para ter direito à assistência psiquiátrica prestada pelo Estado, pode ser considerado inconstitucional. Também apresentou alguns avanços se relacionarmos com as duas leis brasileiras e francesa, quando tratou da rede assistencial catarinense, mas encontra-se desatualizado se comparada com o Projeto-de-Lei da Câmara número 8 de 1991. De qualquer maneira, na época de sua aprovação, ele representou as aspirações de uma classe de profissionais que ajudou na sua elaboração. Motivados pela oportunidade de participação, esperavam que, se aprovado, o decreto viesse modificar as deficiências da assistência psiquiátrica catarinense. Constatou-se infelizmente, que logo após tudo foi esquecido, e praticamente nada foi modificado.

4.6 Projeto-de-lei da câmara número 8 de 1991, número 3.657/89, na casa de origem

Como no momento procura-se apresentar um trabalho que verifique todos os dispositivos legais referentes ao doente mental, é indispensável que se faça a apreciação do Projeto-de-Lei da Câmara número 8, de 1991, de autoria do deputado Paulo Delgado, que já foi aprovado na Câmara dos Deputados e que se encontra no Senado Federal aguardando parecer do relator, senador Lúcio Alcântara. Anexo ao presente trabalho, o referido projeto, dispõe sobre a extinção progressiva dos

manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória.

Pelo Projeto de Lei da Câmara, fica proibida em todo território nacional a construção de novos hospitais públicos, e a contratação, pelo setor governamental, de novos leitos psiquiátricos; a sua implantação dar-se-á de maneira gradativa sem colapso para o atendimento, sendo que qualquer exceção por necessidade regional dar-se-á por lei estadual.

As secretarias estaduais e municipais de saúde estabelecerão a planificação necessária para instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidades psiquiátricas em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centro de convivência, pensões e outros, bem como a extinção dos leitos de característica manicomial.

Determina competência às secretarias estaduais de saúde para coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos em seu nível de atuação e do Ministério de Saúde no âmbito Federal. As secretarias estaduais de saúde constituirão um conselho estadual de reforma psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a Ordem dos Advogados e a comunidade científica, que terão a função de acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

A internação psiquiátrica compulsória será comunicada pelo médico que a realizou no prazo de 24 horas, à autoridade judicial local, preferentemente à Defensoria Pública. É assim definida por ser realizada sem o expreso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico

autor da internação. É da competência do Defensor Público, ou outra autoridade judiciária, ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem julgar conveniente e emitir parecer em 24 horas sobre a legalidade da internação compulsória; também é de sua competência proceder auditorias periódicas nos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar casos de seqüestro ilegal, e zelar pelos interesses dos cidadãos internados.

O referido projeto se encontra no Senado para votação, mas tem-se controvérsias para aprovação, uma vez que propõe essencialmente a extinção progressiva dos manicômios, devendo por isso, receber oposição das chamadas bancadas organizadas, no caso a bancada dos hospitais, que não tem interesse na sua aprovação. Na abordagem do Decreto 24.559 de 3 julho de 1934, a crítica deste trabalho era dirigida especialmente a sua complexidade. O decreto 1.132 de 1903, ao contrário, era mais simples, e mais fácil a sua execução. Agora, prestes a ter uma nova lei de proteção ao doente mental, podem ser feitas algumas considerações a respeito. A proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospitais psiquiátricos, abre espaço como o próprio projeto prevê, para a criação de novos serviços de assistência ao doente mental não hospitalares que são: hospital dia, hospital-noite, centro de atenção, centro de convivência, pensões e outras alternativas que com certeza terão mais vantagens em relação ao sistema atual que é essencialmente hospitalar, e como já vimos, caracterizam-se pela assistência custodial. Foi identificada outra tarefa importante no projeto, que é a definição de internação psiquiátrica compulsória, tanto criticada aqui no trabalho e por Szasz, anteriormente. O projeto traz mais clareza e procura evitar os abusos por parte do próprio Estado e dos profissionais médicos. Define competência da autoridade judiciária local, preferentemente da Defensoria Pública, que terá a atribuição de ouvir os pacientes, familiares, médicos e equipe técnica do serviço ou quem julgar

conveniente e emitir parecer em 24 horas sobre a legalidade da internação involuntária. Tem também a responsabilidade de fazer auditorias periódicas nos estabelecimentos psiquiátricos, com o objetivo de identificar os casos de seqüestros ilegais. Justiça se faça ao reconhecer que tal dispositivo foi resgatado do Decreto 1.132 de 1903, embora, evidentemente, apresente alguns avanços constatando-se as possibilidades de sua execução nos dias de hoje. Como não poderia deixar de ser, revoga as disposições em contrário, especialmente o Decreto 24.559 de 1934. Assim, não resta dúvida que o projeto constitui-se em um avanço considerável, esperando-se que seja aprovado o mais breve possível. Ainda é necessário chamar a atenção para a necessidade de discussão nas bases dos serviços psiquiátricos, saúde mental e comunidade científica envolvendo toda a comunidade interessada, para que tal lei, se aprovada, não acabe como as demais totalmente desconhecida e por isso ignorada, sem trazer os benefícios que o texto legal propõe.

Finalmente, acredita-se que assim como a lei francesa de 1838 serviu de base e modelo para a elaboração do Decreto 1.132 e do próprio Decreto 24.559, também o Decreto 1.132 possa ter influenciado o Decreto 24.559 e o próprio projeto que se encontra no Senado, não esquecendo que cada um representa aspirações, movimentos e preocupações da sua época.

No próximo capítulo, ingressar-se-á nos dispositivos legais que tratam da doença mental, trazendo à discussão o art. 26 que trata da irresponsabilidade e ou inimputabilidade, e os arts. 96 a 99, da medida de segurança, todos do Código Penal; a doença mental vista dentro da concepção penalista, a perícia psiquiátrica e os fundamentos da inimputabilidade, oferecendo uma proposta de mudança na concepção desses institutos.

CAPÍTULO 5

DISPOSITIVOS DO CÓDIGO PENAL QUE TRATAM DA DOENÇA MENTAL: UM RETROSPECTO HISTÓRICO E CRÍTICO

5.1 Os códigos penais Brasileiros e a jurisprudência tratando da irresponsabilidade ou inimputabilidade e medida de segurança

Ao iniciar-se o assunto, cabe fazer algumas considerações acerca do Direito Penal que para NORONHA (1975, 4-10) é o conjunto de normas jurídicas que regulam o poder punitivo do Estado, tendo em vista os fatos de natureza criminal e as medidas aplicáveis a quem os pratica. O Direito Penal pertence ao Direito Público, pois violada a norma penal, efetiva-se o “jus puniendi” do Estado. Ele é responsável pela harmonia e estabilidade social; os bens tutelados pelo Direito Penal não interessam exclusivamente ao indivíduo, mas a toda a sociedade. Destaca-se que a relação existente entre o autor de um crime e a vítima é de natureza secundária, uma vez que não tem o direito de punir. Assim, o delito é ofensa à Sociedade, e a pena, conseqüentemente, atua em função de seus interesses. O Estado é o titular do “jus puniendi”. O Direito Penal tem ainda outros caracteres, como ser uma ciência normativa, tem a norma por objeto à conduta ou o que deve ou não fazer, bem como a conseqüência advinda da inobservância desta; é valorativo, pois valoriza suas normas que se dispõem em escala hierárquica, tutela os valores mais elevados ou preciosos, ou atua quando há transgressão de valores mais importantes ou fundamentais para a sociedade; é finalista, embora alguns discordem, tem escopo que se resume na proteção do bem ou interesse jurídico; é sancionador, pois as leis criminais antes de uma espécie particular de leis, são sanções de todas as outras.

Se forem trazidas as várias fases da pena também tratada por Noronha, observar-se-á a vingança privada, a vingança divina, a vingança pública, período humanitário e período criminológico.

Na vingança privada, a reação à agressão devia ser a regra, reação do indivíduo contra o indivíduo, como também contra os membros do seu grupo e mais tarde o envolvimento dos conglomerados sociais. Como o revido não guardava proporção com a ofensa, ocorreram lutas acirradas entre grupos e famílias, que por isso foram enfraquecendo-se, surgindo assim como primeira conquista no terreno repressivo o talião, com o castigo delimitado e a vingança não mais arbitrária e desproporcional. Convém mencionar o Código de Hammurabi, rei da Babilônia, século XXIII a.C., gravado em caracteres cuneiformes e encontrado nas ruínas de Suza. Por ele, se alguém tira um olho de outrem perderá também um olho, se um osso lhe for quebrado igualmente um osso etc. Outras legislações também adotaram o talião, como a Hebraica, através do Êxodo (23, 24 e 25), o Levítico (17 a 21), e tiveram como características o **“olho por olho, dente por dente, mão por mão, pé por pé”**.

A vingança divina, tenta impor aos homens normas de conduta e castigo. O princípio que domina a repressão é a satisfação da divindade, ofendida pelo crime. É o Direito Penal religioso, teocrático e sacerdotal encontrado no Código Penal da Índia, de Manu, cujo escopo era a purificação da alma do criminoso, através do castigo, para que pudesse alcançar a bem-aventurança, também encontrado no Hammurabi, em Israel, no Egito, na Pérsia e na China.

Na vingança pública, o objetivo é a segurança do príncipe ou soberano, através da pena severa e cruel visando à intimidação. A preocupação era a defesa do

soberano e dos favorecidos. Predominavam o arbítrio judicial, a desigualdade das classes perante a punição e a desumanidade das penas, como podemos encontrar nas Ordenações do Livro V, onde a pena de morte aparece através de meios cruéis, tais quais a fogueira, a roda, o arrastamento, o esquartejamento, a estrangulação, o sepultamento em vida. Nesse período ainda se constata o sigilo do processo e os meios inquisitoriais, tudo isso aliado a leis imprecisas, lacunosas e imperfeitas, favorecendo o absolutismo monárquico e postergando os direitos do indivíduo.

Marca o Período humanitário a defesa do indivíduo contra as leis e a justiça daqueles tempos, que se notabilizaram por atrocidades e arbítrios dos mais fortes contra os mais fracos; combate a tortura nos interrogatórios e julgamentos; propõe a moderação das penas; opõe-se à execução capital que deve ser substituída pela prisão perpétua; defende o banimento, impugna o confisco e as penas infamantes; prega a celeridade e certeza do castigo, partindo do princípio que quanto mais pronta for a pena e mais de perto seguir o delito, tanto mais justa e útil será. A pena deve ser essencialmente pública, pronta, necessária, sendo que a menor das penas aplicáveis nas circunstâncias, proporcionada ao delito, deve ser determinada em lei para que não seja um ato de violência contra o cidadão. Todas as idéias e defesa do Período Humanitário são encontradas nas obras de César Bonesana (Marquês de Beccaria) e John Howard.

No Período Criminológico, novos rumos para o Direito Penal são traçados, ocupando-se essencialmente com o estudo do homem delinqüente e a explicação casual do delito, cujo precursor foi o médico César Lombroso, em 1875, em seu livro “L’Uomo Delinqüente”. Para ele, o crime é uma manifestação da personalidade humana e produto de várias causas; a pena não possui fim exclusivamente retributivo, mas de defesa social e recuperação do criminoso, devendo ser individualizada, considerando a personalidade do apenado. O ponto

principal de Lombroso é a defesa do delito como um fenômeno biológico e o uso do método experimental para estudá-lo. Seu maior mérito foi haver iniciado o estudo da pessoa do delinqüente, no qual a Justiça deve conhecer o homem, através da Antropologia Criminal como também recebeu a contribuição de Ferri e Garofalo.

Após estas considerações iniciais sobre o Direito Penal e as diversas fases da pena, verifica-se que é no período criminológico que entra em pauta não só o fim retributivo mas defesa social e recuperação do criminoso, seguindo a linha da preocupação com a personalidade do apenado.

Quando o Brasil foi descoberto, vigoravam as leis de Portugal, as Ordenações Afonsinas, substituídas em 1512 pelas Manuelinas. Essas também foram revogadas em 14 de fevereiro de 1569 e substituídas pelo Código de São Sebastião que, por sua vez, foi substituído pelas Ordenações Filipinas, o código de mais longa duração entre nós, de 1603 a 1830, na parte que se refere às normas penais; na parte civil, de 1603 até 1917, quando entra em vigor o atual Código Civil. Independente o Brasil, era imperativo um novo Código Penal, mas como não se podia fazê-lo de um momento para outro, a Lei de 20 de outubro de 1823, convalidou as Ordenações, que acabaram existindo até 16 de dezembro de 1830, quando D. Pedro I sancionou o primeiro Código Penal Brasileiro, que honrava a cultura jurídica nacional, pois inspirou-se na doutrina utilitária de Bentham, influenciado que fora pelo Liberalismo da Constituição de 1824 e pelos Códigos Francês de 1810 e Napolitano de 1819 (NORONHA 1975, 53-58).

O primeiro Código Penal brasileiro da era Imperial, assim se expressava sobre a inimputabilidade penal dos doentes mentais:

“Não se julgarão criminosos os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem intervalos lúcidos e neles cometerem crimes”.

No último ano do regime imperial, o Conselheiro João Batista Pereira foi encarregado pelo Ministro da Justiça de elaborar o Projeto de reforma da legislação penal, em face e inclusive devido à abolição de escravatura que exigia modificações imediatas. Proclamada a República, o novo Ministro da Justiça, Campos Sales, manteve a incumbência de continuar seu trabalho, e, assim, em 11 de outubro de 1890, foi convertido no Decreto número 847, passando a ser conhecido como o Código Penal da República, que sobre o doente mental assim determinava:

“Não são criminosos os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de compreensão e os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência no ato de cometer crime”.

Mal o código da República nascia, já surgiam idéias de sua reforma, começando por João Vieira de Araújo e Galdino Siqueira. Mas foi Alcântara Machado, após o golpe de 10 de novembro de 1937, quem ficou encarregado de elaborar um projeto do código penal, que foi apresentado em 15 de maio de 1938. Submetido a uma comissão revisora, composta por Nelson Hungria, Vieira Braga, Narcélio de Queirós e Roberto Lira, com assistência cotidiana de Costa e Silva, o projeto foi entregue em 12 de abril de 1940 ao Ministro Francisco Campos, ao que ele chamou de Nova Redação do Projeto de Código Criminal do Brasil (NORONHA 1975, 60). O Código Penal de 1940 foi promulgado em 7 de dezembro de 1940, através do decreto número 2.848 e passou a vigorar a partir de 1 de janeiro de 1942, tratando a irresponsabilidade da seguinte forma:

“Artigo 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude da perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Este Código Penal de 1940 sofreu alterações da parte geral pela Lei número 7.209 de 11 de julho de 1984, agora referindo a inimputabilidade penal nos seguintes termos:

“Artigo 26. É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzido de um a dois terços, se o agente em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era

inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Se forem analisados as designações e alterações sofridas pelo Código Penal com relação ao doente mental, nas diversas fases de sua existência, verificar-se-á que no Código Criminal do Império, para designar a irresponsabilidade foi utilizada a expressão **“loucos de todo o gênero”**, restaurada posteriormente pelo Código Civil, e que sofreu críticas dos médicos legistas e professores de Medicina Legal, especialmente Nina Rodrigues, Afrânio Peixoto, Flamínio Fávero e Pacheco Silva. Segundo esses autores louco de todo o gênero seria o doente mental que sofresse um processo patológico ativo; o idiota que não chegara a ter um desenvolvimento mental por lesões que o atingiram ainda na fase uterina, não seria um louco, mas um alienado; também o demente senil, que regrediu na evolução mental não é um louco, é um alienado. Para eles, esta expressão é inadequada do ponto de vista psiquiátrico e seria mais correto utilizar **“alienado de todo o o gênero”**. Outro autor de Medicina Legal digno de menção é o professor Hélio Gomes, que inicialmente foi favorável às críticas dos psiquiatras já mencionados. Posteriormente, ele passou a defender como acertada a expressão **“louco de todo o gênero”**, considerando admirável e perfeita, especialmente porque ela é repetida no Código Civil e tem sido aplicada por juízes e tribunais, sem provocar dificuldades na sua interpretação. Além disso, abrangeria todos os doentes mentais, deficientes mentais, perturbados mentais, que, em consequência de seu estado de insanidade, não têm capacidade para compreender o significado dos atos civis e nem vontade íntegra para praticá-los adequadamente. Importante a considerar é que quando foi aprovado o Código Penal, em 1830, os doutrinadores concebiam que em determinados casos entre uma manifestação de excitação, de exagero, de loquacidade, e uma manifestação de tristeza, de mutismo, entre esses dois períodos,

ocorria um chamado intervalo lúcido, durante o qual o doente recuperava a sua capacidade civil e responsabilidade mental.

Ao tentar determinar a irresponsabilidade do indivíduo, o Código Penal da República utilizou as expressões imbecilidade nativa, enfraquecimento senil e a completa privação dos sentidos e da inteligência. Nota-se que o legislador cometeu três disparates no mesmo artigo: as pessoas não nascem imbecis, elas nascem normais ou com leve deficiência caso tivessem uma afecção cerebral ainda na vida intra-uterina, e, então, seria correto a expressão idiota nativo; enfraquecimento senil também seria expressão incorreta, porque todas as pessoas que ao ficarem velhas, apresentam um quadro de senilidade, constituindo-se assim a regra, não podendo portanto isentar as pessoas de responsabilidade. Os críticos, até acreditam que o legislador talvez quisesse usar a expressão psicose senil, em vez de enfraquecimento senil. Se, as duas expressões foram criticadas severamente pelos psiquiatras da época, quando ainda eram utilizadas, imagine-se hoje quando tais expressões foram abolidas das classificações de deficiência mental, por serem consideradas ultrajantes e estigmatizantes para a pessoa humana. Mas os protestos foram maiores ainda com relação à expressão **“e os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos, da inteligência”**. Tal foi a repercussão, que o autor ao dar explicações, declarou que o tipógrafo ou revisor substituiu a palavra do original perturbação, por privação, já que esta só ocorria com a morte. De qualquer maneira, mesmo que fosse completa a perturbação dos sentidos e da inteligência, uma pessoa não poderia cometer crime neste estado, pois é provável que estivesse em coma ou sem quadro semelhante.

Como nos dois códigos anteriores apareceram as expressões “loucos de todo o gênero, imbecilidade nativa, enfraquecimento senil” e “em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência”, sendo unanimemente criticados e

condenados por serem expressões inaceitáveis, esperava-se que o Código de 1940 não utilizasse palavras tão marcadas como as anteriores. Apareceram então “doença mental” e “desenvolvimento mental incompleto ou retardado”. Novamente os psiquiatras não chegaram a um acordo; alguns sugeriram que se retornasse a “loucos de todo o gênero”, outros entendiam que em vez de “doença mental” melhor seria que se utilizasse “alienação mental, insanidade mental” ou “grave transtorno da consciência”; outros discordaram de “desenvolvimento mental incompleto”, porque entendiam que seria sinônimo de desenvolvimento mental retardado. Concluiu-se, enfim, que desenvolvimento incompleto refere-se a uma situação psicológica e desenvolvimento mental retardado, portanto, a uma situação patológica. Convém destacar que o Código Penal de 1940 não adotou o critério psiquiátrico que preferiria o diagnóstico de alienação mental que se limitaria ao diagnóstico de insanidade mental, mas adotou o critério **biopsicológico**, e por isso, sendo doença mental, alienação mental ou outra qualquer, por si só não basta para isentar da pena, é necessário que a doença mental retire do indivíduo a capacidade de entender o caráter ilícito do fato. Finalmente, o que predomina hoje e foi defendido por Nelson Hungria, é que existem diversas doenças mentais que não impedem o indivíduo de compreender o caráter criminoso do fato, ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, em que o doente mental pode compreender o caráter de fato mas não ser capaz de determinar-se de acordo com esse entendimento, num impulso ou num ato incontrolado.

Já ao referir-se ao Código vigente, as alterações apresentadas foram muito poucas, aliás, só trocou um adjetivo, substituindo “caráter criminoso” por “caráter ilícito”, ou a expressão “réu”, que no dicionário é sinônimo de malfeitor, assassino ou bandido, por “não lícito”, proibido pela lei, ilegítimo ou contrário à moral ou ao direito.

Após as considerações sobre a irresponsabilidade nos diversos códigos penais do Brasil, é necessário tratar-se da imposição da medida de segurança para os inimputáveis, encontrada no Código Penal de 1940 seguindo a orientação do Código Italiano com o mérito de reunir, naquela época, a aliança prática entre a pena e a medida de segurança, com a afirmação de que elas não tinham caráter repressivo e não se confundiam com a pena, justamente por não serem pena. Eram medidas de prevenção e assistência social relativamente ao estado perigoso daqueles que, sendo ou não penalmente responsáveis, praticavam ações previstas na lei como crime. Conforme consta da exposição de motivos que encaminhou o projeto, trata-se de instituto novo entre nós, e terá naturalmente o complemento do novo Código de Processo Penal. A medida de segurança prevista pelo Código de 1940, só era aplicável “post delictum” (salvo o disposto no parágrafo único do art. 76) e a periculosidade do agente era presumida “jûris et de jure” (art. 78) ou averiguado pelo juiz (art 77); era imposta por tempo indeterminado até que cessasse o estado perigoso do indivíduo embora lhe fixe, casuisticamente, a duração mínima como limite necessário limite ao arbítrio judicial. Na parte especial foram divididas em duas grandes classes: a) patrimoniais ali constando a interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou de associação e o confisco; b) pessoais que se dividiam em detentivas com a internação em Manicômio Judiciário, internação em casa de custódia e tratamento, internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional e não detentivas viabilizadas através de liberdade vigiada, proibição de freqüentar determinados lugares e exílio local, devido à sua extensão será colocada em anexo.

No Código vigente, conhecido como “Código de “83” foram feitas alterações de 11 de julho de 1984 através da Lei número 7.209. Nele as medidas de segurança ^{foram} modificadas profundamente com relação ao Código penal de 1940, conforme se segue.

Artigo 96. As medidas de segurança são:

I - internação em hospital de custódia e isolamento psiquiátrico ou a falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único. Extinta a punibilidade não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tinha sido imposta.

Artigo 97. Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art.26). Se todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

Parágrafo primeiro. A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos.

Parágrafo segundo. A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Parágrafo terceiro. A desinternação ou a liberação será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

Parágrafo quarto. Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Artigo 98. Na hipótese do parágrafo único do artigo 26 deste Código e necessitando o condenado especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial pelo

prazo mínimo de um a três anos, nos termos do artigo anterior e seus respectivos parágrafos 1 a 4.

Artigo 99. O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.

1

O Código anterior, com dois capítulos e 26 artigos que se encontra anexo, chegou a ser denominado “**código de segurança dentro do código penal**” enquanto o código vigente é composto de quatro artigos, primando pela simplicidade devido às modificações que recebeu. Quando o agente for inimputável, por doença mental, o artigo 26 do Código Penal assim se expressa: “**É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento**”.

Ele será internado, em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou na sua falta, em estabelecimento adequado. A jurisprudência tem entendido que ele será internado em instituição psiquiátrica, em hospital psiquiátrico, em clínica psiquiátrica ou em um manicômio judiciário, que são os hospitais psiquiátricos destinados única e exclusivamente aos doentes mentais que delinqüiram e que tenham um processo judicial. Os manicômios judiciários jamais poderão receber indivíduos para internação se não houver um processo legal, no qual o juiz determine a sua internação através de uma medida de segurança. Portanto tal como foi previsto pelo Decreto 24.559, o manicômio judiciário não é um hospital psiquiátrico destinado à comunidade como os demais, ele é restrito aos doentes mentais que delinqüiram e geralmente está subordinado à Secretária da Justiça, e não à da saúde como os demais. Como o Código esclarece ainda no artigo 97, se o fato imputado ao agente for um crime punível por detenção, significando um crime mais

leve, poderá o juiz determinar que não seja internado em um hospital psiquiátrico, ou clínica psiquiátrica, mas será submetido a um tratamento ambulatorial, comparecendo semanalmente em ambulatório, em clínica ou hospital. O certo é que ele não fica internado como prevê a primeira parte do artigo para um crime de maior invergedura, como, por exemplo, crimes puníveis com reclusão. A diferença é que quando ele não fica internado, o crime cometido é mais leve e punível com detenção. O que os iguala é que ambos foram considerados incapazes de acordo com o artigo 26 do Código Penal. Assim, a medida de segurança só pode ser aplicada ao indivíduo inimputável¹ ou semi-responsável (art.98), diferente do Código Penal de 1940, que previa aplicação de medida de segurança também ao indivíduo imputável como pode ser constatado na Jurisprudência apresentada.

O prazo das medidas de segurança para internamento ou tratamento ambulatorial será indeterminado, perdurando enquanto não for atestada por perícia médica a cessação de periculosidade. A perícia médica ocorrerá ao fim do prazo mínimo fixado pelo juiz quando determinou a medida de segurança, e será repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, por determinação judicial. De qualquer forma, o prazo da medida de segurança será de 1 a 3 anos. A cessação da periculosidade será confirmada pelo perito médico e decidida pelo juiz posteriormente. Maiores considerações sobre perícia e periculosidade² serão apresentadas no subitem que se segue.

¹ ROSSETTI E ALVIN (1994: 63-64) IMPUTÁVEL - Impossibilidade de imposição da medida de segurança. Medida de Segurança - Réu imputável e presumidamente perigoso- Inadmissibilidade de sua aplicação ante a vigência da Lei número 7.209, de 1984. Em face da Lei número 7.209 de 1984, não há imposição de medida de segurança quando se comina pena, imputável o réu. JTACRSP 84/345- out. dez. 84.

² ROSSETTI E ALVIN (1994: 19-21) acerca de perícia: DECISÃO JUDICIAL- Divergência em relação à conclusão pericial. Possibilidade, desde que fundamentada. Apesar de a Súmula ser resumida, veja-se apenas um trecho do Acórdão: “**O digno Magistrado a quo** justificou, quantum satis, sua decisão no sentido de afastar-se do resultado da perícia médica, entendendo ser prematura a liberdade vigiada, não só em benefício do próprio sentenciado (paciente de baixo nível mental impressionável destituído de preocupações éticas..) como da sociedade. E agora sobre o prazo

A desinternação ou a liberação do agente será sempre condicional a periculosidade apresentada antes do decurso de um ano; isto significa que se ele praticar qualquer ato que caracterize ou demonstre periculosidade para a sociedade, deverá ser restabelecida a situação anterior, ou seja, se estava internado e deixou a instituição, deverá retornar novamente; mas se estava em tratamento ambulatorial, deverá ser internado em um hospital ou clínica³.

A pena privativa de liberdade pode ser substituída por internação ou tratamento ambulatorial pelo prazo mínimo de um a três anos quando o indivíduo for enquadrado no parágrafo único do artigo 26, que assim determina: **“A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”**. Constata-se que as modificações introduzidas no Código Penal de “83”, com relação ao semi-responsável, adotou o sistema alternativo, ou se reduz a pena ou aplica-se a medida de segurança, extinguindo assim, o duplo binário anterior que previa a aplicação cumulativa e sucessiva de pena reduzida e medida de segurança. Diante do concreto, o juiz optará por aplicação de pena ou medida de segurança; uma vez escolhida a internação ou

mínimo: Acórdão não publicado- MEDIDA DE SEGURANÇA- Prazo- Redução- Réu Inimputável- Imposição de medida consistente em internação em casa de custódia e tratamento por tempo indeterminado- Recurso provido para fixar o prazo mínimo em três anos. Recurso Criminal número 40.425-3 Ribeirão Preto.

³ ROSSETTI E ALVIN (1994, 22-24) LIVRAMENTO CONDICIONAL- Cassação-admissibilidade- Condenado que no curso do benefício passou a ameaçar a família- Restabelecimento da Medida de Segurança- Legalidade- artigo 97, parágrafo 3, do Código Penal - Ordem denegada. Habeas Corpus número 77.759-3 - São Paulo- Impetrante e paciente Severino José da Silva. RJTJSESP 118/553- maio/jun. 89

tratamento ambulatorial⁴ (medida de segurança), executa-se a sentença como se fosse inimputável.

O internado mencionado pelo Código Penal tem direito a ser recolhidos para cumprir a medida de segurança em estabelecimento dotado de características hospitalares⁵, onde será submetido a tratamento psiquiátrico.

5.2 A doença mental, perícia psiquiátrica, medida de segurança e os fundamentos da inimputabilidade.

Quando se trata de doença mental, observada sob a óptica penal, evidentemente que terá diferenças da doença, visto no enfoque do direito civil. Neste capítulo do Código Penal mencionar-se-ão os diversos tipos de doença mental sem qualquer definição ou explicação acerca da psicopatologia. Como se trata de diferença de enfoque e para não ficar repetindo a descrição dos diversos grupos de doenças mentais, remete-se o leitor para o capítulo 6 pois lá serão detalhados todos os grupos. Ao apresentar a perturbação da saúde mental, o psiquiatra Heitor Carrilho ensina que quatro (4) hipóteses clínicas podem acontecer, proporcionando a limitação da capacidade de entendimento e de autodeterminação: a) encontra-se a

⁴ ROSSETTI E ALVIN (1994,246-247), SUPERVINIÊNCIA DE DOENÇA MENTAL- A conversão de pena em medida de segurança deve dar-se durante o cumprimento da pena e não após a sua extinção- JCTACRSP 89/398-jan./março 87.

⁵ ROSSETTI E ALVIN (1994, 66-71) Ementa Oficial- Acórdão não publicado- Medida de segurança (imposta na sentença exequenda) de internação em hospital de custódia ou Manicômio judiciário (art. 96, I do CP). Pretensão de que o paciente seja internado em hospital psiquiátrico particular. Dúvidas sobre a custódia do sentenciado e a segurança do estabelecimento quanto à possibilidade de fuga. Periculosidade que não pode ser afastada nas circunstâncias do caso. Inexistência de direito líquido e certo à internação pretendida. Impossibilidade de pesquisa probatória no âmbito estreito do WRIT. Habeas Corpus Indeferido. RT 606/416-abril de 1986.

saúde mental do acusado atingida, ao tempo da ação ou da omissão, por distúrbios leves, ligados a fases iniciais da psicose, nelas se enquadrando as esquizofrenias latentes também chamadas de fases iniciais dessa psicose: manifestações prodrômicas psicose maníaco-depressiva, fases pré-clínicas da neuro-sífilis; b) apresentar o acusado perturbações residuais, integrante de remissões francas de certas psicoses funcionais, notadamente a esquizofrenia (elas também são chamadas de psicose) e a psicose maníaco-depressiva, ou as que caracterizam as chamadas curas com defeito e as curas sociais, sobretudo verificadas nos portadores de psicoses endógenas e nos paralíticos em geral malarizados; c) manifestar o acusado de distúrbio iniciais ou seqüelas psíquicas das endo e hetero-toxicoses; d) apresentar ele os desvios expressivos de personalidades psicopáticas, notadamente os que caracterizam os psicopatas hipertímicos, depressivos, inseguros, fanáticos, ostentadores, inconstantes, explosivos, insensíveis, abúlicos e astênicos, da classificação de Kurt Schneider SILVEIRA (1955, 1109 - 1110). Acrescentando Heitor Carrilho, a doença mental (funcional, orgânica, constitucional ou tóxi-infecciosa), a que menciona o artigo 26 do Código Penal, e que haja suprimido inteiramente a capacidade de entender o caráter criminoso da reação anti-social, envolve, em seu conteúdo, todas as psicoses funcionais ou dinâmicas, orgânicas ou destrutivas, tais como as esquizo ou ciclofrenias, as decorrentes de auto ou hetero-intoxicações, as epilépticas, as sífilíticas, as ligadas a infecções e, ainda, todos os estados demenciais correspondentes a processos orgânicos (artério-esclerose cerebral, demência senil, paralisia geral).

No Direito Italiano, há diversidade da terminologia usada nos textos da lei penal aí incluindo enfermidades da mente, psicoses, distúrbios da atividade da mente, incapacidade de querer, dificultando conceituar exatamente a doença mental, parecendo que a lei quer aludir a um estado mórbido bem individuado e suscetível de determinada evolução. Difere da simples enfermidade, que é um desvio da

função, uma aberração da norma, e nas palavras de Pelegrini a doença mental é necessariamente enfermidade mental, mas nem toda enfermidade mental é doença. Para provocar a inimputabilidade, ensina Tanzi, não é preciso que a moléstia mental seja contemplada pela nosografia psiquiátrica, basta a existência de uma enfermidade que reúna certos requisitos patológicos e psicológicos, desses que os manicômios fornecem diuturnos exemplos. Franchini completa a explicação de Tanzi, dizendo que acertar as condições de exclusão ou de limitação da inimputabilidade de um criminoso não corresponde de fato a diagnosticar uma moléstia mental qualificada e catalogável, sintomatologicamente definida e absolutamente manifesta. (JARDIM 1978, 24).

Poderíamos dizer que o grupo das doenças mentais é vasto e não obedece a uma classificação uniforme na psicopatologia, já que os autores criam cada um a sua própria. Modena, por exemplo, um dos autores mais citados, as classifica em dez grupos: frenstania; psicodegenerações; psicoses epiléticas; psicoses afetivas; demência precoce; psicoses tóxicas endógenas; psicoses tóxicas exógenas; psicoses infecciosas; psicoses senis e psicoses da encefalia orgânica.

A maioria dos autores que trataram da psiquiatria forense orientavam os peritos para que fizessem um laudo psiquiátrico com alguns requisitos intelectuais e morais em matéria de psicopatologia forense, entre os quais: 1. objetividade, para não estender-se ou perder-se em abstrações, correntes científicas e filosóficas; 2. sentido realístico que permita atribuir aos fatos o seu valor real, para separá-los de considerações ou convenções sentimentais, que os falsifiquem ou enfeitem de elementos morais, que agravem ou dissimulem; 3. a capacidade de reflexão e de bom-senso; 4. prudência, porque a causa próxima dos fatos e a sua natureza íntima às vezes escapam às averiguações e não comportam mais do que simples presunções;

5. Imparcialidade, pois o perito serve à Justiça e não às partes. E a essas qualidades acrescentem-se o espírito jurídico e o senso sociológico.

Esses mesmos autores tradicionais quando faziam um laudo até parecia uma enciclopédia psiquiátrica e jurídica, podendo-se mencionar Heitor Carrilho, Texeira Brandão, Afrânio Peixoto, Alves Garcia, Pacheco e Silva, Souza Lima, Flaminio Fávero e outros que trocavam experiências com autores estrangeiros como Fiore, Gorphe, Manzini, Raitzin, Ruiz Maia, Baruk, Caillet, von Hentig, Boncenne, Carré, Chauveau, Garsonnet, Beltjens, Dejean, Mattiolo, Ravon, Morel, Gonçalo Lafora, Borri, Arenal, Dorado Monteiro, Carnevale, Zucarelli, Virgilio, Schiff, Schlager, Maschka, Von Liszt, Malatesta, Chivellari, Ruiz Funes e outros. Para eles, o juiz deve recorrer à perícia, quer quando seja incapaz de julgar sobre um dado fato, quer quando se trate de uma coisa que não é constatada pela percepção comum. Não basta que as provas induzam certeza individual ao juiz, mas também a outro indivíduo razoável. Quando, acidentalmente, possua o juiz cultura especial, que o habilite a julgar por sua conta, não significa que deva dispensar a perícia. Não pode a justiça fundar-se na certeza exclusiva do magistrado, o perito é sempre uma testemunha e a perícia um testemunho. O parecer dos peritos não vincula o juiz, que tem sempre o direito de não crer nas provas, e seria um absurdo que se pronunciasse em harmonia com a perícia e em desacordo com sua consciência. A justiça punitiva é tanto mais legítima, quanto mais se afirmar como justiça intrínseca e extrínseca; para que seja útil à Sociedade, não basta que seja justiça, deve parecer como tal. Preocupam-se com os quesitos formulados pelos juízes que devem ser pormenorizados, enumerando as hipóteses que julga possíveis e as que poderiam surgir de ulteriores conhecimentos, que podem vir da obra do perito. Consideram inteiramente de acordo com um critério científico a discussão de um processo penal, que exclui toda a possibilidade de divisão em peritos de acusação e de defesa;

classificam como uma vergonha científica a existência de uma ciência para a defesa e outra para a acusação.

As diversas jurisprudências históricas no país que tratam do assunto incorporaram estes conhecimentos⁶, Chegou-se inclusive a criar as regras relativas à prova pericial de Malatesta aqui apresentada por SILVEIRA (1955, 1101): a) a incredibilidade das afirmações anula a fé ao testemunho pericial, como ao testemunho comum e a inverosimilhança não aumenta a fé; b) o testemunho pericial terá tanto mais valor quanto menos a matéria de atestação se preste a engano; c) não pode o perito com sua atestação inspirar, nas coisas afirmadas, mais fé do que aquela que ele próprio tem; d) o conteúdo da perícia tem tanto mais valor quanto menos se apresente dubitativo; e) se o perito se contradiz no contexto da própria perícia, demonstra, com isso, não ter ele próprio certeza, não podendo inspirar aos outros a certeza das coisas afirmadas; f) tanto maior valor terá o testemunho pericial quanto maior determinação presente em suas afirmações; e o seu valor diminui à medida que se apresente mais indeterminado; g) o perito deve ser a causa de sua ciência, como dizem os práticos, a propósito do testemunho, isto é, deve ele expor os meios

⁶ O juiz não pode condenar o réu antes de obter elemento convincente sobre sua sanidade mental, quando pairam dúvidas a respeito (Rev. Trib. p. 158 e 592). Para ser apurada a responsabilidade criminal, não se deve negar exame psiquiátrico, sob fundamento de inexistência de verba orçamentária (Ac. Tr. Just. S. P., 29-7-1940). Ainda que declarada pelos peritos, a irresponsabilidade do acusado só é possível na sentença (Ac. 2 Cam. T. J. Distr. Fed. 23-10-47, Rev. For. 118-556). Não constitui cerceamento de defesa desprezar o juiz o laudo pericial confuso, vago e reticente, sobre a imputabilidade do acusado, e determinar a sua internação em manicômio judiciário, para novo e mais detido exame (3 Cam. Crim. do Trib. Just. do RS, 28 de novembro de 1946, Rev. Forense p. 113 fasc. 532, outubro, 1947). Os atestados médicos, como elementos extrajudiciais, não fazem prova, mormente se nos autos existe exame pericial (RS, X, 61). Não se pode confundir o agente inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato, com o agente que, ao tempo do crime, não tem plena capacidade para apreender o caráter criminoso do fato (Ac. 2. Cam. T.A.M. Gerais, Rev. For. 109,219). As atestações dos peritos, conquanto sirvam para fornecer ao magistrado a descrição de uma situação de fato, nem por isso vinculam a sua consciência (Rev. Dir. p. 615). Embora o juiz não seja obrigado a adotar as conclusões do laudo, serve-se dele como fonte de informação e peça de instrução básica (Rev. de Dir. ver 109 p. v. 52 pag. 103; v. 45 p. 151; v.83 p. 149; v. 109. 335).

técnicos que adotou em suas observações, e os motivos racionais de suas afirmações; h) quando o perito não apóia seu parecer científico, senão unicamente na autoridade científica dos outros, e este seu “ouvi dizer” nem sempre acarreta menos fé, pela nua autoridade do perito, bem como inspira menos fé a testemunha que depõe - por ouvir dizer; i) o acordo entre o testemunho pericial e outras provas comuns aumenta sua fé, e a contradição com estas, elimina-a; j) deve a perícia ser expressa em linguagem clara e precisa, pois terá tanto mais valor quanto mais precisão e clareza presente em sua forma; k) o perito é sempre uma testemunha de ordem especial.

A medida de segurança, que no subitem anterior foi tratada à parte do Código Penal e da Jurisprudência, no projeto de Sá Pereira surgiu com o nome de *medidas de defesa social* e foi substituída na revisão pela comissão legislativa e também pelo Projeto de Alcântara Machado com a mesma denominação. Foi, segundo a maioria dos autores, a maior novidade e a mais profunda modificação com relação ao sistema penal anterior. A sua introdução no Código Penal de 1940 atendeu às preocupações com a desorganização social, de legisladores e criminalistas, que sentiram necessidade de estabelecer novos mecanismos para a cura de indivíduos delinquentes, através da educação e do tratamento. Até então, a repressão do delito que tinha como base a idéia de prevenção geral através da pena, encontrava outro meio específico de prevenção individual que seria a medida de segurança. A diferenciação que faz o código entre a pena e a medida de segurança é que na pena toda diversidade ou dúvida resulta a favor do indivíduo. Já na medida de segurança, a diversidade ou dúvida resulta a favor da sociedade.

Para GOMES NETO (1989, 202-209), na realidade a pena e a medida de segurança são a mesma coisa, pois as duas visam à recuperação do criminoso e à defesa dos demais indivíduos que compõem a sociedade.

Para NORONHA (1975, 311-328), a pena e a medida de segurança constituem sanção penal, embora não seja pacífica tal interpretação, elas não apresentam distinção. O que as diferenciam, é a natureza quantitativa, pois enquanto na pena prevalece o cunho repressivo, na medida de segurança o que prevalece é o fim preventivo. Mesmo que a pena também possua fim preventivo, ambas são manifestação do “jus puniendi” estatal contra o indivíduo que delinqüiu. Fazendo a distinção entre ambas, a pena é determinada, ao passo que a medida de segurança só expira com a cessação da periculosidade. A pena só se aplica aos imputáveis enquanto a medida de segurança cabe aos inimputáveis e aos semi-responsáveis, ambas porém, são aplicadas jurisdicionalmente.

Para JARDIM (1978, 47-51), ao lado da pena, sob aquela consagrada fórmula de Beccaria “**melhor evitar os delitos que castigá-lo**” adotaram as legislações as denominadas medidas de segurança que se constituem defesa indireta destinada a remover ou a atenuar as causas sociais do delito, criadas para impedir que o autor do crime que se revele perigoso venha a reincidir. No seu mesmo trabalho o autor mencionado faz o traço diferencial de pena e medidas de segurança pela conceituação de Alberto Marucci, onde para os mais rígidos sequazes do classicismo jurídico, as medidas de segurança são um instituto puramente administrativo, fora do Direito Penal, idéia que tem como defensores Rocco, Manzini, Conti e Birkmeyer. Já para aqueles que defendem um endereço intermediário prevalente, pena e medida de segurança são providências jurisdicionais, fazendo parte do campo penal, embora devam permanecer, conceitualmente distintas pelas seguintes razões: a) a pena concerne à responsabilidade, a medida de segurança à periculosidade; b) a pena se fundamenta na justiça, a medida de segurança na utilidade; c) a pena é retributiva e aflitiva, a medida de segurança é eliminadora ou curativa e materialmente coatora; d) a pena tem por pressuposto a culpa, é um mal, e deve ser fixa, enquanto a medida de

segurança se adequou ao estado do delinqüente, pode não ser um mal e é indeterminada. Fazem parte deste segundo grupo: Longhi, Alimena, Liszt, Mezger, Stoss, Exner, Garraud, Prins.

Para Giovanni Novelli, também citado por JARDIM (1978, 47-51) a medida de segurança é ulterior meio assumido na luta contra a delinqüência, considerando insuficiente à defesa social do sistema de prevenção. O Estado considera necessário agir com um sistema de prevenção especial com as medidas de segurança, de conteúdo e com fim de reeducação e de cura, ao invés de castigo, de retribuição moral e destinação intimidadora. A pena apoia-se sobre o princípio da imputabilidade, pelo qual ninguém pode ser punido por uma ação ou omissão prevista na lei como crime se a não cometeu com consciência e vontade enquanto a medida de segurança, ao revés, pressupõe um novo elemento, que é dano que ameaça a sociedade, ela é imposta quando a pessoa é socialmente perigosa.

Definida medida de segurança, é necessário aprofundar-se um pouco mais e apresentar resumidamente a polêmica discussão entre as doutrinas dualista e unitarista, indispensável para quem deseja propor mudanças significativas na concepção atual do Código Penal.

O sistema **dualista** estabelece nítida separação entre pena e medida de segurança. Esta concepção representa na verdade mais que uma atitude conciliatória entre as escolas clássicas, partidárias do livre arbítrio como fundamento da responsabilidade moral, colocando o doente mental à margem de qualquer sanção, e os positivistas, que negam a autonomia da vontade humana e valorizam a responsabilidade social porque entendem que as sanções penais devem atingir todos os indivíduos que tenham delinqüido. A concepção dualista teve, no Código Italiano de 1930, reconhecida a sua maior consagração, sendo defendida pelos mais

destacados e conhecidos penalistas da Itália, como Rocco, Massari, Longhi, Alimena, Manzini e Battaglini entre outros.

A escola dualista defende e considera vantajosa a legislação com dois corpos: um que tenha a retribuição, com fins repressivos, e outro que tenha a repressão com os diversos e paralelos institutos aconselhados pelas modernas teorias da periculosidade. Pode-se, pois, dizer que o dualismo entre pena e medida de segurança constitui, historicamente, uma transação entre posições clássicas e positivas.

Fora da Itália a doutrina dualista tem aglutinado em torno de seus postulados defensores como Sebastian Soler, Cuello Calon, Beling, Givanovitch, Edmundo Mezger, Ataliba Nogueira, Nelson Hungria, Madureira de Pinho, Frederico Marques, Noé de Azevedo, Heleno Claudio Frago, estes últimos no Brasil. Apesar das variações entre os diversos autores verifica-se a impossibilidade de conceber por esta doutrina um instituto jurídico que reúna os caracteres de pena e medida de segurança, pois esta não é substitutivo da pena quando se trata de agentes imputáveis e puníveis, não podendo substituir o que não se poderia aplicar.

Para melhor entendimento daqueles que pensam como deve ser entendida a corrente dualista, cita-se HUNGRIA (1956, 9): **“numa só palavra: a pena é, conceitualmente uma reação, um contra golpe em face do crime já praticado; a medida de segurança é um preventivo do crime que pode vir a ser praticado”** ou NOGUEIRA (1937, 115-116): **“Substancialmente se diferencia a medida de segurança da pena, tanto quanto ao principio sobre que cada um se baseia: a periculosidade e a responsabilidade. A diferença é, portanto, profunda, intrínseca, essencial e não apenas fundada em elementos extrínsecos”**.

Para os partidários do **classicismo** penal, embora se tenha conseguido um entendimento pacífico sobre as reais vantagens da incorporação da medida de segurança ao Direito Positivo, não se tem obtido a concordância em relação à maneira como devem ser estruturadas suas codificações. A concepção **unicista** equipara as duas formas de sanção penal, reduzindo-as a um único meio de que se valerá o Estado na luta contra a criminalidade, repudiando o critério que assinala à pena e à medida de segurança fins diversos, por entender que ambas realizam tanto a prevenção geral como especial. A pregação dos positivistas em favor da tese unificadora tem sido veemente, especialmente pelo grupo italiano que se constitui no setor de maior prestígio. Para GRISPGNI (1953, 769), não tem sentido a pretendida distinção entre pena e medida de segurança, pois ambas consistem numa diminuição dos bens jurídicos, ambas se baseiam no delito consumado, ambas servem para estimular a prevenção geral e ambas são aplicadas na readaptação do réu através da prevenção especial. No mesmo sentido têm-se manifestado outras destacadas personalidades italianas pertencentes à Escola Positivista, como Enrico Ferri, Arturo Rocco, e Enrico Santoro, e fora da Escola Positivista Emmanuele Carnevale, Francesco Antolisei, Alfredo Marsico e Filippo Gramática. Fora da Itália, grupo mais restrito defende a unificação da medida de segurança e pena entre eles, pode-se mencionar Jean Pinatel, Jimenez de Asuá, Juan P. Ramos, Jorge E. Coll e Paul de Cant. No Brasil, o Monismo penal embora sem reunir muitos adeptos, uma vez que a escola positivista tem sido pouco atuante, encontram-se personagens históricas como João Vieira de Araújo, Macedo Soares, Melo Franco, Viveiros de Castro e Nina Rodrigues; não tão recentes: Leonídio Ribeiro, Roberto Lira e Teodolindo Castaglione; devem ser lembrados ainda os positivistas como Heitor Carrilho e Hélio Gomes. Fora do positivismo é bom lembrar Basileu Garcia e MARQUES (1956, 191-192 e 208) que não concordam com a pretendida diferenciação entre pena e medida de segurança, pois existe uma aproximação inegável entre ambas, como a identidade de natureza dos bens jurídicos atingidos pelas duas modalidades de

combate ao delito, e acredita que mais cedo ou mais tarde há de vir a unificação dos meios de combate ao crime, como uma das conquistas da ciência penal.

Assim, a escola unitária encontra as causas do delito na mentalidade do delinqüente e não somente na manifestação simples de sua vontade, por isso a pena tem sentido preventivo, fazendo o delinqüente tornar-se incapaz de praticar novos e sucessivos delitos.

Ao longo da elaboração da doutrina **unitarista** surgiram soluções unificadoras que equiparavam pena e medida de segurança, chegando os positivistas à aceitação de uma providência única que denominaram **Sanção Criminal**, em que a pena foi absorvida pela medida asseguradora, reduzindo ao mínimo seu caráter aflitivo e as conseqüências do seu efeito em relação aos direitos do sujeito punido. Dentro das soluções unificadoras surgiu também **Pena de Segurança**, que na verdade visava diminuir a excessiva tendência de sanção criminal de Ferri na direção da medida de segurança. Foi explicada por NOGUEIRA (1942, 109-110), que observou não existir na maioria das vezes nenhuma diferença entre pena detentiva e medida de segurança, e que por isso não tem razão a sua distinção; pareceria mais justo, de acordo com a natureza das coisas substituir as duas medidas distintas por uma medida unitária e assinalar-lhe a finalidade especial preventiva com a denominação pena de segurança.

Além destas unificadoras surgiram outras formas e denominações de sanções em que BRUNO (1963, 267) lembra Grispigni, que teria sugerido, a título provisório, **medidas de segurança extrapenais** para os inimputáveis e medida de segurança de Direito Penal para os imputáveis. Florian propõe medida de defesa social, enquanto Kunter, concordando com esta, acrescenta sanção repressiva aplicável a certos e determinados tipos de delinqüentes.

Como as experiências na maioria dos países encarregaram-se de demonstrar que, no estado atual das ciências que se ocupam do crime e do criminoso, a adoção de um tipo único de sanção que reúna a prevenção geral e especial, sem excluir pelo menos pequena dose de retribuição, é praticamente impossível, a unificação teve de ser reformulada em sua conceituação tradicional. Atendendo ao princípio da individualização das sanções, demonstrou-se a necessidade da existência de diferentes tratamentos para atender a diferentes indivíduos, que delinqüiram em condições e por razões diferentes.

Como também, o mesmo delito não é cometido de forma idêntica por dois indivíduos em oportunidades diferentes, surgiu um esquema de unificação mais **funcional** do que formal que chamou a atenção dos cientistas do Direito que passaram a utilizar vários remédios adaptáveis às peculiaridades de cada caso particular. Schoroder, em GRISPIGNI (1953, 778), tenta explicar que o legislador tem o dever de colocar à disposição do magistrado diversas possibilidades de tratamento, e o juiz deve decidir de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Para GRISPGNI (1953, 783-4), deve-se colocar a pena e as medidas de segurança no mesmo plano, e ambas precisam ser escolhidas, devido à personalidade do delinqüente e aplicadas desde o início, como mecanismo mais apropriado para fazer cessar o estado perigoso do agente. A unificação funcional das penas e as medidas de segurança devem ser admitidas, mesmo atribuindo-se à pena a função de retribuição moral ou de prevenção geral.

Nos últimos tempos, atribuiu-se posição destacada ao estudo da personalidade do delinqüente e um entendimento cada vez mais aprofundado da pessoa do agente do crime sem separá-lo, porém, do delito como fato social de graves conseqüências. Se os positivistas merecem o mérito por terem colocado o

criminoso na posição de figura central do delito, é justo reconhecer que a Escola Clássica não perdeu de vista o aspecto psicológico e subjetivo da conduta delituosa, dedicando ao sujeito e suas qualidades pessoais especial atenção.

A personalidade do homem, analisada em seus aspectos de prevenção e repressão do delito, constitui a base para uma correta aplicação da pena, atendendo à defesa social e ao mesmo tempo recuperando o indivíduo violador da norma social. Nesse contexto, porém, é importante que a livre convicção do julgador atenda também a outros requisitos na tarefa de individualização da pena: o órgão julgante deve fazer a justa adequação dos elementos que informam a personalidade do agente à situação do crime, levando em consideração os motivos e as circunstâncias peculiares a cada caso em concreto. Para HUNGRIA (1942, 5), a tarefa jurisdicional já não será de intérprete escolástica da lei, um aplicador da justiça tarifária, um órgão de pronunciamentos automáticos de fórmulas sacramentais, mas uma consciência livre a regular direitos. Multiplica-se assim a responsabilidade do juiz, pois a investigação judiciária deve ser rigorosa colhendo todas as informações referentes ao crime e ao criminoso.

O princípio da **unificação funcional das sanções penais** implica condenação do sistema de aplicação sucessiva de pena e de medida de segurança. Por esta concepção que se convencionou chamar de “duplo binário”, a medida de segurança apresenta-se como um simples complemento da pena, sendo imposta em sentença condenatória, em que se aprecia a periculosidade presumida ou verificada do criminoso. Com a sua aplicação impõe-se ao réu uma dupla coação: uma, o cumprimento de uma pena, e a outra, a aplicação, de medida curativa quando terminar aquela. Essa modalidade de unificação funcional que dispõe das duas modalidades de sanções ingressou em nosso Código Penal através do Código Rocco e pode ser constatada através da exposição de motivos assinada por Francisco

Campos justifica: **“a medida de segurança só é aplicável “post delictum”, e está em declínio em muitos países do mundo: para FRAGOSO (1963, 75), Mezger fala até numa crise do duplo binário. No mesmo sentido concordam Filippo Crispigni, Florian, Pinatel, Altavilla, Carnevalle, Antolisei, e Asúa. Também Delitala, citado por SOUZA (1979, 104), considera o duplo binário um verdadeiro absurdo, já que imputabilidade e estado perigoso não são dois modos de ser sucessivos e independentes e sim duas qualificações subjetivas que coexistem reciprocamente. E assim para adequar a realidade ao sujeito, o tratamento deve ser um só, de forma que absorva em si as exigências da retribuição e da prevenção.**

O Decreto 1.490, de 8 de novembro de 1962, que publicou o anteprojeto do Código Penal elaborado por Nelson Hungria, culminou com o Código Penal de 1969, através do Decreto-lei número 1.004, de 21 de outubro de 1969, e cuja vigência estava fixada para primeiro de janeiro de 1970, adiada depois para primeiro de agosto de 1970 e que não chegou a ser colocada em prática, realizou avanço considerável em relação ao Código Penal de 1940, repudiando o sistema de “duplo binário” ou a aplicação sucessiva de pena e medida de segurança ou vice-versa, e passou a defender a aplicação somente da pena ou somente a medida de segurança. Ao responder a Basileu Garcia que não concordou com a supressão do chamado “duplo binário”, entendendo que este ofereceria maior proteção ao interesse social existente o código Penal de 1940, HUNGRIA (1965, 75) discorda nestes termos:

“de que vale a suposta maior proteção se ele não tem passado e não passará no Brasil como alhures de pura legislação de fachada, pois nos 22 anos de vigência do Código de 1940, o capítulo sobre medida de segurança não representou mais que um poema futurista que poderia ser assinado por Manoel Bandeira ou Carlos Drummond de Andrade”.

Para solucionar os inconvenientes do sistema de aplicação da pena e da medida de segurança, os partidários do dualismo fixaram-se na fórmula que permite ao juiz a substituição da pena pela medida de segurança consagrando o sistema atualmente chamado **Vicariante**, que estreou no Direito positivo em 1951, com a modificação do parágrafo primeiro do artigo 42 do Código Penal Suíço, e posteriormente no Projeto do Código Penal Alemão de 1960. Foi esta a concepção adotada pelo Código vigente que incorporou ao Código de 1940 a Lei número 7.209 de 11-07-1984, podemos entendê-la mais adequadamente através da Exposição de motivos número 211 de 9 de maio de 1983, feita pelo Ministro Ibrahim Abi-Ackel, no qual consagra duas espécies de Medida de Segurança: a **detentiva** consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, no prazo mínimo entre um e três anos, tornando-se indeterminado, perdurando a medida enquanto não cessar a periculosidade, atestada por perícia médica. A perícia deve efetuar-se ao término do prazo mínimo prescrito e repetir-se-á anualmente; a **restritiva** consiste na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita. A medida restritiva corresponde às inovações das atuais tendências de “**desinstitucionalização**”, sem o exagero de eliminar a internação. Pelo contrário, o projeto estabelece limitações estritas para a hipótese de tratamento ambulatorial, apenas admitindo-o quando o ato praticado se enquadrar em crime punível com detenção; esta também será determinada pelo prazo mínimo de um a três anos, devendo perdurar enquanto não for verificada a cessação da periculosidade. A liberação do tratamento ambulatorial, a desinternação e a reintegração constituem hipóteses previstas nos casos em que a verificação da cura ou a persistência da periculosidade as aconselhem. Concluindo, a exposição de motivos, do projeto prevê a extinção da medida de segurança para o imputável e institui o sistema vicariante para os fronteiriços, abandonando soluções clássicas,

avançando no sentido da autenticidade do sistema. A Medida de Segurança de caráter meramente preventivo e assistencial fica reservada aos inimputáveis, de maneira que a culpabilidade está para pena enquanto a periculosidade está para medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido na prática, uma fração da pena eufemisticamente denominada medida de segurança.

Ao apresentar uma evolução histórica da legislação penal e respectivos métodos e meios coercitivos e punitivos adotados pelo poder público na repressão da delinqüência, desde os séculos passados até as modernas instituições correicionais, FOUCAULT (1991, 22-25), que trata do assunto com muita sabedoria contribui no esclarecimento da evolução do julgamento dos doentes mentais e da medida de segurança prevista pelo código penal francês. Informa que faz 150 ou 200 anos que a Europa implantou seus novos sistemas de penalidade. Desde então, os juízes, pouco a pouco, passaram a julgar coisa diferente além dos crimes: **“a alma dos criminosos”**. E assim passaram a fazer algo diferente do que julgar, introduzindo, no próprio cerne da modalidade judicial do julgamento, outros tipos de avaliação, modificando no essencial as regras de elaboração. Desde que a Idade Média construiu o procedimento do inquérito, julgar era estabelecer a verdade de um crime, determinar o autor e aplicar-lhe uma sanção legal. Eram necessárias três condições para estabelecer um julgamento fundado na verdade: conhecimento da infração, do responsável e da lei. Eis, porém, que é dado ao julgamento, não mais simplesmente o fato de estar comprovado, mas também, o que é realmente esse fato, o que significa esse crime? Em que nível ou em que campo da realidade deverá ser colocado? Fantasma, reação psicótica, episódio de delírio, perversidade? Não mais simplesmente interessa saber quem é o autor? Mas, como citar o processo causal que o produziu? Onde estará no próprio autor a origem do crime? Instinto, inconsciente, meio ambiente, hereditariedade? Não mais simplesmente a lei sanciona esta

infração? Mas que medida apropriada? Como prever a evolução do sujeito? Qual a melhor forma de corrigi-lo? Enfim, todo um conjunto de julgamentos apreciativos, diagnósticos, prognósticos, normativos, concernentes ao indivíduo criminoso.

Outra verdade veio penetrar na mecânica judicial, requerendo que a afirmação de culpabilidade seja um estranho complexo científico-jurídico. Surge assim a questão da loucura que, de acordo com o código francês de 1810, não há crime sem delito se o infrator estava em estado de demência no instante do ato. A possibilidade de invocar a loucura excluía a qualificação de um ato como crime na alegação de ter o autor ficado louco. Não era a gravidade do gesto que se modificava, nem a pena que devia ser atenuada, o próprio crime desaparecia. Era, assim, impossível declarar alguém ao mesmo tempo culpado e louco. O diagnóstico da loucura não podia ser integrado ao juízo, ele interrompia o processo e retirava o poder da justiça sobre o autor do ato. Os tribunais do século XIX, interpretando o sentido do artigo 64 do código penal francês, se equivocaram e apesar de vários decretos do Supremo Tribunal de Justiça determinando que o estado de loucura não poderia acarretar nenhuma pena moderada, nem absolvição, mas uma improcedência judicial. Esses Tribunais, discordando do Supremo Tribunal de Justiça Francês, admitiram que era possível alguém ser culpado e louco. Para eles, quanto mais louco tanto menos culpado, devendo ser tratado e não punido.

Pelo ponto de vista do código penal francês, eram absurdos jurídicos, mas mesmo assim serviu para dar partida à evolução que a jurisprudência e a própria legislação iriam desencadear durante os 150 anos seguintes. Já pela reforma do código penal francês de 1832, introduzindo circunstâncias atenuantes, permitiu tocar a sentença segundo os graus de uma loucura ou de uma semiloucura. Assim, a prática usual nos tribunais, aplicada à prática correicional da perícia psiquiátrica fez com que a sentença, ainda que formulada em termos de sanção legal, implique juízos

de normalidade, atribuições de causalidade, apreciações de eventuais mudanças, previsões sobre o futuro dos delinquentes. Em vez de a loucura apagar o crime no sentido previsto pelo artigo 64 do código francês de 1810, os crimes, ou qualquer infração, agora incluem uma suspeita legítima, um direito de reivindicar a hipótese de loucura ou qualquer anomalia. Além disso, a sentença, que condena ou absolve, não era simplesmente um julgamento de culpa ou uma decisão legal que a sanciona, implicava apreciação da normalidade e uma prescrição técnica para tratamento.

Outra consideração importante a ser feita diferente de outros tempos: o juiz atualmente não julga mais sozinho; ao longo do processo penal e da execução da pena, ele trabalha com uma série de instâncias anexas, peritos psiquiátricos ou psicólogos, educadores, funcionários da administração penitenciária e magistrados da vara de execuções penais. Tal sistema fraciona o poder legal de punir podendo-se dizer que nenhum deles exerce realmente o direito de julgar, e que depois da sentença só tem a obrigação de executar a pena fixada pelo Tribunal. Mas, as penas e as medidas de segurança definidas pelo Tribunal não são determinadas de maneira absoluta, especialmente porque elas podem ser modificadas no caminho, ao permitir que pessoas que não são os juízes do processo da instrução possam decidir se o condenado merece ser posto em semiliberdade ou em liberdade condicional. Todo esse aparelho que se desenvolveu há anos em torno da aplicação da pena e de seu ajustamento aos indivíduos multiplica as instâncias da decisão judicial, prolongando-as para muito além da sentença.

Para Foucault (1991, 25), o processo global levou os juízes a julgar coisa bem diversa do que crimes, e o poder de julgar, foi em parte transferido a instâncias que não são as dos juízes de infração, não existe nada de extraordinário em que o direito tenha absorvido pouco a pouco elementos que lhe são estranhos. E continua:

“uma coisa é singular na justiça criminal moderna: se ela carrega tantos elementos extrajurídicos, não é para poder qualificá-los juridicamente e integrá-los pouco a pouco no estrito poder de punir: é, ao contrário, para poder fazê-los funcionar no interior da operação penal como elementos não-jurídicos; é para evitar que essa operação seja pura e simplesmente uma punição legal; é para escusar o juiz de ser pura e simplesmente aquele que castiga”.

A mesma incerteza e insegurança também existe quando se fala da política criminal, embora não se tenha objetivo de ingressar na campo da criminologia. HUNGRIA E FRAGOSO (1978, 341-356), ao discordarem da contribuição da psicanálise, consideram-na episódio cultural, com uma sucessão de paradoxos, de hipérboles, de extravagâncias de toda ordem ou um sonho de um febreiro. Com relação à psicologia individual, consideram-na um cisma da psicanálise, uma variante do psicologismo; embora menos extravagante que o freudismo, o adlerismo é também baseado num terreno de elucubrações abstratas e unilaterais. A caracterologia, com suas bases de morfologia constitucional e na endocrinologia, seus resultados são nulos e só serviriam aos estudos de casos patológicos na órbita da psiquiatria. Ao mencionarem que os médicos e biólogos não podem reclamar dos juristas que adotem os seus pontos de vista, enquanto estes não estejam plenamente comprovados, o legislador não pode substituir a construção jurídica atual por critérios fundados em hipóteses aventurosas e gratuitas, e assim protestam:

“os colaboradores do novo código brasileiro deveriam ter sido levados imediatamente para o manicômio se, ao invés da pena, mandassem aplicar aos criminosos uma injeção de extrato de

genital ou tiroxina, uma dose de adrenalina ou de hormônio hipofisário, ou entregá-lo a terapia psicanalítica, para extirpar-lhes do inconsciente os escalrachos edípicos e outras putrilagens da inconvençione freudiana” (HUNGRIA E FRAGOSO, 1978-355)

Acreditando que as incertezas e inseguranças levantadas pelos ilustres Mestres contribuem efetivamente para o trabalho, mais tarde serão aqui contestado os critérios aplicados pelos peritos e a decisão, por medida segurança, de internar em hospital psiquiátrico um indivíduo que cometeu um delito.

O Código Penal Brasileiro não dá uma definição positiva de responsabilidade, limita-se a declarar os casos em que esta se considera excluída. Logo, por dedução, verifica-se que a responsabilidade pressupõe no agente de ação ou omissão, a capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento. Contudo, pode-se definir responsabilidade como a existência dos pressupostos psíquicos, pelos quais alguém é chamado a responder penalmente pelo crime que praticou. Para HUNGRIA E FRAGOSO (1978, 220), o Código Penal rejeitou distinguir entre responsabilidade e imputabilidade significando esta a capacidade de direito penal ou abstrata condição psíquica de punibilidade, enquanto responsabilidade seria a obrigação de responder penalmente em concreto ou de sofrer a pena por um fato determinado, pressuposta a imputabilidade. Considera a distinção bizantina e inútil, pois tanto responsabilidade quanto imputabilidade representam conceitos equivalentes, podendo exprimir tanto a capacidade penal em gênero, quanto a obrigação de responder penalmente pelo fato concreto.

Ao tratar do mesmo assunto, NORONHA (1975, 156) distingue uma da outra. A imputabilidade é o conjunto de requisitos pessoais que conferem ao

indivíduo capacidade para juridicamente lhe ser atribuído um fato delituoso, é a pessoa capaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento, ou seja, a capacidade que tem o indivíduo de compreender a ilicitude de seu ato e de livremente querer praticá-lo. Já responsabilidade é a obrigação que alguém tem de arcar com as conseqüências jurídicas do crime, é o dever que a pessoa tem de prestar contas de seus atos. Depende da imputabilidade, à medida que o indivíduo não pode sofrer as conseqüências do fato criminoso, ser responsabilizado, mas sim, o que tem a consciência de sua antijuricidade e quer realizá-la.

Para JARDIM (1978, 1-4), a consciência e a vontade são as funções psíquicas básicas que determinam a conduta da pessoa e seus atos. A responsabilidade supõe assim no agente a liberdade e a consciência da obrigação. Só quem tem capacidade e pode ser imputável responderá em face da norma penal por suas ações. Não será imputável a pessoa que não tiver condições psíquicas de distinguir o bem do mal, e não possuir a faculdade especial de discernimento, a que se chama de consciência. Assim o inimputável não pode ser propriamente sujeito ativo de delito, não estando sujeito à responsabilidade ou não podendo ser punido.

No entendimento do código, a responsabilidade só deixa de existir quando inteiramente suprimida no agente, ao tempo da ação ou da omissão. A capacidade de entendimento ético-jurídico e a capacidade de adequada determinação da vontade estão condicionadas a causas biológicas, como, doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado e embriaguez fortuita e completa. Adotou-se, assim, o método biopsicológico, em que inimputável é a pessoa que, em virtude de enfermidade ou condição mental, não gozava, no momento dos fatos de entendimento ético-jurídico, a autodeterminação. Assim a doença ou a sua condição mental determina apenas uma presunção de inimputabilidade, que será efetiva

quando verificar-se a ausência de entendimento ético-jurídico e autodeterminação. A exceção desta regra pode ser encontrada quando trata dos menores de 18 anos, para os quais a causa biológica predomina sem indagar-se a causa psicológica, ou seja, basta não ter completado 18 anos para não estar sujeito ao Código Penal. O método biopsicológico exige a averiguação da efetiva existência de um nexo de causalidade entre o estado mental e o crime praticado, isto é, que esse estado tenha privado completamente o agente da capacidade psicológica. O reconhecimento da causa biológica é tarefa do perito psiquiatra que deve igualmente dizer da influência desta na capacidade de discernimento, ou poder de vontade do agente, ao tempo do fato criminoso. O juiz criminal tem a faculdade do livre convencimento que a lei processual penal lhe assegura, em matéria de provas. Ao juiz, caberá sempre a última palavra, assumindo pessoalmente a responsabilidade da aplicação da pena.

5.3 Inimputabilidade e medida de segurança: uma necessidade de mudança

No item anterior apresentou-se uma escola dualista que prevê nítida separação entre pena e medida de segurança, uma concepção unitarista que repudia o critério que assinala à pena e à medida de segurança fins diversos, por entender que ambas realizam tanto a prevenção geral como especial. Foi visto que os defensores da Escola Clássica, partidários do livre arbítrio como fundamento da responsabilidade moral, isto é, a faculdade de escolha entre o bem e o mal, colocam o doente mental à margem de qualquer sanção, e as medidas de segurança são um instituto puramente administrativo, fora do direito penal; e, acrescentando um pouco mais, a igualdade, ou seja, o homem livre é igual em direitos e deveres; adotou

também o princípio da igualdade dos homens perante a lei; entre a imputabilidade moral, que se liga ao conceito de que, tendo a faculdade de discernir, o agente que prefere o mal faz má escolha; o crime é examinado por um ângulo jurídico, não podendo a lei perder de vista, a inexistência da pena sem preceito e o da correspondência entre a gravidade do delito e a gravidade da pena. A pena nada mais traduz que tutela jurídica, meio de luta contra a criminalidade; a vontade pode escolher livremente entre o fazer e o não fazer, sem a influência estranha de uma causa; exige ser o agente livre e consciente do fato; que faltando a liberdade faltará a responsabilidade, pois o delinqüente é mera abstração racional. Suas fontes são as obras de Montesquieu, Rousseau, Beccaria e Fierbich.

Viu-se também que os positivistas negam a autonomia da vontade humana e firmam-se na responsabilidade social, entendem que as sanções penais devem atingir todos os indivíduos que venham a delinqüir e ainda que a Escola Positivista nega a distinção entre imputáveis e não imputáveis, para afirmar que a sociedade não deve punir, mas defender-se por via de medidas de segurança contra os que se manifestam perigosos; empresta preponderante estima à personalidade do delinqüente e embora não negue lugar ao absoluto e ao metafísico, dá sentido ao estado da realidade, do sensível, do físico. Seu método é o experimental, o indutivo, de indagação científica.

Se por um lado a escola clássica coloca o doente mental à margem de qualquer sanção, justificando a sua defesa da medida de segurança, a concepção positivista nega a distinção entre imputáveis e não-imputáveis, afirmando que a sociedade não deve punir, mas sim defender-se através de medidas de segurança contra os que se manifestam perigosos; da mesma forma a concepção unicista, que tem na escola positivista a base científica e características de movimento universal, repudia o critério que atribui à pena e à medida de segurança fins diversos, por

entender que ambas realizam tanto a prevenção geral como a especial, conduzindo-as a uma sanção única.

Uma contradição parece presente na Escola Positivista ao mesmo tempo nega a distinção entre imputáveis e não-imputáveis e defende que a sociedade deva proteger-se através de medidas de segurança contra os perigosos.

Quando se dissertou sobre as correntes dualista e unicista, até poderia ter-se concluído que no estado atual da doutrina penal, com os reflexos nas legislações em vigor, o sistema de aplicação sucessiva de pena e medida de segurança ou medida de segurança e pena está em franco declínio, já que, dos códigos em vigor, alguns realizam a unificação considerando-as como medidas de tratamento para os delinqüentes, colocando-os no mesmo plano ambas as formas de sanção e outros prevêm para certas categorias de criminosos a possibilidade da pena ser substituída por uma medida de segurança como acontece no Brasil. Constata-se que o Código vigente longe do Código Penal de 1940, modificou sensivelmente a Medida de segurança diminuindo de 26 artigos para 4, vindo simplificá-la à aplicação, já que agora somente os doentes mentais podem recebê-la.

Constata-se, também, que a medida de segurança é associada ao aspecto preventivo enquanto na pena prevalece o caráter repressivo. Como o Código Penal adota a concepção vicariante dando ao juiz o poder de substituir a pena pela medida de segurança, parece que a função preventiva longamente associada a esta não está de acordo com as concepções já estudadas.

Poderia-se concluir, também com base no depoimento de diversos autores, que a sanção única atende às particularidades de cada caso e à personalidade do agente, impondo-se a unificação das penas e medidas de segurança

grande meta da penologia moderna e que mais cedo ou mais tarde, nas palavras de GARCIA (1956, 587), **“há de vir a unificação dos meios de combate ao crime, como uma das conquistas da ciência penal, já que a ciência não pode alicerçar-se na areia movediça de distinções precárias, em que a verdade é ocultada pelo preconceito e pelas convenções”**.

A sanção única é meta a ser alcançada e a medida de segurança vem perdendo espaço nas legislações de diversos países, especialmente porque só é aplicada aos doentes mentais ou outras designações já mencionadas. Parece que as contradições e a diversidade de terminologias de conceituação de doença mental e todos esses acontecimentos levarão a mudanças na forma como o Código Penal vem classificando os indivíduos em responsáveis e irresponsáveis, a partir do entendimento que as pessoas devem receber um tratamento igual ao responder por seus atos.

Com referência ao caminho percorrido pela jurisprudência em relação à medida de segurança, veja-se a opinião atualizada de ROSSETTI E ALVIN (1994, XI a XVI), ao mencionar que a matéria das medida de segurança é o único tópico do Direito Penal em que os conceitos e as definições movem-se pelo terreno do imponderável. Enquanto todo o arcabouço do Direito Penal contemporâneo caracteriza-se pela certeza e esforça-se pelas garantias penais da pessoa, as medidas de segurança continuam sobre conceitos incertos e ambíguos, a espelham um tipo de conceito indeterminado. Se o restante do Direito Penal positivo apresenta-se inteiramente calcado sobre o dogma da reserva legal, com princípios e teorias a proteger a liberdade individual, consubstanciado na pena determinada, na motivação sentencial, no **“nullum crimen nulla poena sine lege praevia”**, as medidas de segurança, ao lado da constitucionalidade questionável da indeterminação temporal de seu cumprimento, inspiram-se nos conceitos de periculosidade e doença mental,

que têm uma valoração intrínseca, escorregadia e equívoca, por estarem entrelaçados, à medida que esta pressupõe aquela. Exatamente por causa dessa vagueza conceitual, os autores ROSSETTI E ALVIN (1994, XI a XV) citam Michel Landry **“o estado perigoso é um conceito que nunca foi definido, que provavelmente nunca o será e que, portanto, não pode ter validade epistemológica”** e ainda citando Edna Paciência Vietta: **“os critérios de ordenação adotados em psiquiatria são de tal natureza, que todo mundo pode ser enquadrado em alguma categoria e a maioria das pessoas cabe em várias delas, ao mesmo tempo”**. Terminam os autores ROSSETTI E ALVIN (1994, XI a XV) questionando a prática das medidas de segurança que se distanciam da explanação teórica, potencializando o primado do castigo e da repressão, atuando por um sistema aberto a excessos e desvios em nome da periculosidade, aberto à discriminação contra os alienados mentais, aberto ao desrespeito aos prazos processuais, aberto ao reinado incontestável do exame criminológico, aberto à desmotivação decisória, aberto a estabelecimentos

nosocomiais de fachada, tudo, e muito mais, a refletir que, de certo modo, o princípio da legalidade rende-se ao princípio da oportunidade.

Não concordando com os autores que defendem a medida de segurança para os indivíduos mencionados anteriormente, a partir de agora, em uma nova concepção da doença mental e da situação como vivem as pessoas internadas nos hospícios e manicômios judiciários, passa-se a defender que não deveria existir o enquadramento do artigo 26 e 96 e seguintes do código penal, isentando de pena o agente que, por doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Como ficará claro, assume-se a defesa de que seria melhor para o indivíduo, e para a própria sociedade, não ser ele considerado irresponsável, mas ser julgado e, se condenado, receber uma

pena pelo ato praticado. Caso seja necessário o tratamento psiquiátrico será uma intercorrência que pode ser comparada a outras situações em que o indivíduo que fica doente é levado a se tratar, dependendo da sua necessidade.

Ao dissertar sobre a medida de segurança, FARIA (1961, 141-171), entende que a incapacidade da repressão, determinante do aumento da criminalidade, notadamente a reincidência, a deficiência da organização das penitenciárias, como também a necessidade de solucionar o problema da criminalidade do adolescente, concorreram grandemente para essa nova disciplina sistematizada que é a medida de segurança. Para ele, sejam ou não integrantes ou complementares do sistema de penas, o certo é que as medidas de segurança têm vida autônoma, satisfazem a uma necessidade da vida social e realizam progresso considerável na sua defesa, como também asseguram melhor eficiência do sistema penal, pois é aplicada ao delinqüente real ou potencial, não admitindo o retorno do indivíduo ao seio da comunidade, enquanto não tenha desaparecido toda a idéia de perigo, real ou potencial

Ao discordar de Faria, parece que a defesa da medida de segurança, conforme a sua concepção, estaria assentada na incapacidade das organizações das penitenciárias para atender os reclamos populares, procurando a solução de um difícil problema nos hospitais psiquiátricos que histórica e tradicionalmente sempre estiveram envolvidos em problemas tão graves ou piores que o da administração das penitenciárias. Indevidamente, os hospitais psiquiátricos sempre foram as lixeiras da sociedade. Para lá, foram encaminhados todos aqueles que causavam problemas e dificuldades, independente de terem ou não problemas mentais, constituindo-se em instituições temidas até pelos criminosos comuns. Não se admite que a falência do sistema penitenciário, por incapacidade de organizar-se, justifique a criação de mecanismos legais, transferindo o problema para os hospitais psiquiátricos,

especialmente agora, quando esses Hospitais psiquiátricos do tipo custodial que recebem os doentes mentais, com medida de segurança, estão em vias de fechar como já ficou constatado no capítulo 4 quando se analisou o projeto de lei número 8 que já foi aprovado na Câmara dos Deputados e que tramita no Senado. Sua aprovação, virá revolucionar a assistência psiquiátrica, tornando impossível o cumprimento das medidas de segurança nos hospitais psiquiátricos: o argumento de que a medida de segurança não permite o retorno do indivíduo à comunidade enquanto existir perigo. Também não justifica, pois quem pode garantir que uma pessoa, de um momento para outro não se torne problema, vindo a delinquir a qualquer momento? Quem pode garantir que uma pessoa vá deixar de praticar ilícitos só porque passou por uma medida de segurança ou acabou de cumprir uma pena? Hoje certamente a solução para resolver a criminalidade do adolescente não está na medida de segurança, mas em medidas preventivas a cargo da sociedade, fora do sistema penal.

Os autores do direito penal tentam justificar a medida de segurança, como o faz FIGUEREDO (1985, 225-233) ao mencionar indivíduos que praticam fatos tipificados como crime, às vezes revestidos de circunstâncias absurdas, motivo fúteis ou torpes, com frieza e indiferença pelas conseqüências do ato, sem nenhum senso de respeito humano pela integridade física, honra e dignidade ou mesmo, pela vida de seus semelhantes. Refere-se o autor a imaturos, senis, os pertencentes à grande escalada de enfermos mentais, desajustados, toxicômanos, enfim uma gama imensa de desequilibrados, irresponsáveis perante a lei. Nada valeria condená-los a uma pena, tomando por base a situação objetiva do ato delituoso por eles praticado. Finalmente, o autor refere que condenar ao cumprimento de uma pena o anômalo mental, que praticou um crime na manifestação da doença, é sem dúvida, uma injustiça que horroriza.

Como se viu anteriormente, os diversos artigos mostram que desde o primeiro código penal os legisladores tentam encontrar o melhor significado para identificar a irresponsabilidade. Os debates em torno do assunto têm mobilizado profissionais da psiquiatria e do direito sem chegar com sucesso a um consenso sobre qual denominação se deve atribuir à irresponsabilidade.

A questão referente à doença mental tem sido estudada e discutida pelos psiquiatras e juristas, em congressos, jornadas e trabalhos que circulam pelo mundo inteiro. Todos os esforços estão voltados para identificar a irresponsabilidade dos indivíduos que cometem delitos. A preocupação e a pesquisa dirigem-se, também, para a capacidade do perito em responder se no momento dos fatos em que cometeu o crime ou ilícito, o indivíduo tinha capacidade ou não de entender o caráter delituoso, se o agente sabia o que estava fazendo. São usadas diversas técnicas, como hipnotismo, e injeção de drogas que fariam o indivíduo falar a verdade. Os peritos desdobram-se no sentido de responder aos quesitos formulados pelo juiz ou pelo advogado. Essa busca, que tem na psicologia judiciária a sua fonte de estudo e saber, pode ser até interpretada como uma fórmula onisciente do Poder Judiciário ou do Estado, em procurar no passado, quando aconteceram os fatos, se ele era responsável ou irresponsável. É difícil, até certo ponto, entender se o indivíduo que está sendo submetido a uma perícia médica será responsabilizado ou não, em função da resposta que o profissional der ao Tribunal. Mais difícil ainda é entender que tal resposta pode ser dada diferentemente pelo perito, dependendo do lado em que ele se encontra. Ou seja: se for perito indicado pelo juiz, poderá dar uma resposta baseada nos seus conhecimentos e métodos utilizados para obter a resposta do agente; mas se ele for contratado pela defesa, poderá dar um entendimento totalmente diferente daquele que daria na situação oposta, em função da técnica e do contato que mantém com seu cliente. Essa argumentação poderia ser contestada, dizendo-se que caberia ao juiz a última palavra. Portanto, a justiça não seria

prejudicada, caso a perícia se equivocasse ou mesmo que fiel no cumprimento de seu ofício, o perito não tivesse condições humanas de responder corretamente, pois o que se pede parece humanamente impossível de obter, a menos que utilize métodos totalmente contrários ao Direito. De qualquer forma, ainda assim restariam alguns questionamentos. Se o juiz pode corrigir e dar a última palavra, qual seria a utilidade da perícia médica? Por que os juristas e legisladores do mundo todo, continuam mantendo esse mecanismo da irresponsabilidade em seus códigos penais. Não seria mais simples se as pessoas pagassem pelos atos cometidos independentemente de perguntar se elas tinham uma doença mental ou eram alienadas, se tinham uma imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, se eram loucas de todo o gênero ou se tinham intervalos lúcidos, se estavam em completa privação dos sentidos ou da inteligência? Será que o caminho trilhado até o presente momento não é o mais **difícil** ou **injusto** para o próprio indivíduo ou para a sociedade? E acima de tudo, será que o Estado e a Sociedade estão fazendo justiça com tais procedimentos?

Cada item destes questionamentos, tem sua resposta, porque são indispensáveis ao trabalho. Sabe-se que o homem sempre terá, como objetivo importante nas relações com os outros homens, a preocupação com a verdade e a justiça. É possível, até que seja difícil de ser alcançado, mas continuará sendo busca constante, pelo menos para uma parcela da sociedade que acredita no aperfeiçoamento das suas instituições. Até o presente momento, esses indivíduos e instituições consideram o doente mental irresponsável, inimputável e isento de pena. Crê-se, que este não é o melhor caminho ou solução para fazer justiça. Mas, retornando ao questionamento que se refere ao caminho trilhado até então, não seria o mais **difícil** e **injusto**. A complexidade do assunto e os artificios até agora implementados, acrescidos do reconhecimento de que a psiquiatria e a psicologia muito pouco avançaram, estão evidenciados na citação seguinte:

“Não há de ser com generalizações ilegítimas, com analogias infundadas e com profusa verbiagem que se poderá penetrar na misteriosa etiologia do crime. Continuamos, a tal respeito, tão profundamente ignorantes quanto o éramos antes de Lombroso. A contribuição lombrosiana, que tanto se exaltou, foi apenas uma tentativa malograda, e depois dela não se avançou um palmo no estudo objetivo da criminalidade: tudo são hipóteses, conjeturas, inferências sem base na realidade, falsificações do método galileano para o encaixe de fantasias deixando apenas de manifesto a persistente indemonstrabilidade das pretendidas causas genéticas do crime”. (HUNGRIA E FRAGOSO 1978, 349)

Cabe, portanto, à psiquiatria, especialmente aos médicos decidir, através da perícia, se o indivíduo é um doente mental, se ele tem uma esquizofrenia simples, hebrefênica, catatônica, paranóide, esquiso-afetiva, indiferenciada ou ainda uns 50 ou 60 tipos da mesma doença, diagnosticada por alguns estudiosos; se tem uma psicose maníaco-depressiva tipo maníaco, hipomania, tipo depressivo e tipo circular; se tem uma psicose orgânica tipo delírio, demência ou psicose funcional e mais uma centena de outras psicoses tóxicas e metabólicas; pode o indivíduo ter também uma neurose de ansiedade, histérica, compulsiva, obsessivo-compulsiva e fobias, sendo que cada uma delas pode subdivir-se em outras dezenas; alterações de caráter, síndrome paranóide, desordens psicofisiológicas, comportamento sexual anormal, alcoolismo crônico, dependência de drogas, e ainda:

“Não são irresponsáveis apenas o louco furioso e o demente, mas ainda o perverso, o desequilibrado, o instável, o pseudológico, os psicopatas, em suma os que não são indivíduos normais, posto não

sejam alienados. Os anormais delinqüentes e, sobretudo, os reincidentes, necessitam mais de asilo que de prisão. Necessitam da segregação educativa da base médica e psiquiátrica, de preferência a segregação punitiva de base jurídica” (SILVEIRA, 1955, 1107).

Difícil seria enumerar todas as doenças mentais, síndromes e alterações eventualmente responsáveis pela inimputabilidade de um indivíduo. É bem provável que, com o passar dos tempos, o número de doenças, transtornos, desequilíbrios e delinqüências seja tão grande que não haverá indivíduos julgados responsáveis, podendo todos ser considerados irresponsáveis, e, conseqüentemente, recebendo medidas de segurança. Mas essa dificuldade ainda aumenta consideravelmente quando, após fazer o diagnóstico, o perito deve responder se, no momento, ele tinha capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Difícil, porque tais “doenças mentais” também podem ser simuladas por qualquer indivíduo e especialmente por aqueles que cometeram um crime e não gostariam de receber a pena.

Toda pessoa, por mais louca que seja, necessita de referenciais normais e sadios que lhe proporcionem a sua recuperação, através de dados da realidade, construídos em cima da normalidade e do caminho da justiça, negando-lhe oportunidade de encontrar na insanidade e na irresponsabilidade a solução para seus problemas e para atos cometidos anteriormente. Isto significa que a sociedade deve oferecer oportunidade para as pessoas serem honestas, sadias e responsáveis, desaprovando condutas que facilitem a impunidade, a desigualdade, a injustiça e a irresponsabilidade. Como o próprio nome já diz, o mecanismo da irresponsabilidade isenta de pena o agente, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, estimulando-o e abrindo-lhe oportunidade para não ser normal nem

sadio, pois a insanidade é sinônimo de estímulo à impunidade para ricos e castigo ou sofrimento para pobres.

Considerando o doente mental isento de pena, a aplicação do Código Penal pode ser vista como injusta também para outros indivíduos e para sociedade. Já se comentou anteriormente que se ele for pobre, fatalmente estará em um manicômio judiciário ou hospital tipo custodial, mas, se for rico, com certeza será colocado em clínica psiquiátrica particular ou em outra instituição que certamente causaria inveja a qualquer preso de penitenciária. Injusta também nos casos de crimes de alta repercussão social, pelo barbarismo cometido geralmente com a morte de várias pessoas seguidas a que popularmente se conhece como matança ou chacina, em que esses indivíduos poderiam receber penas altíssimas, superiores inclusive ao período de suas vidas. Nesses casos, geralmente, a defesa opta pelo requerimento de exame de sanidade mental. Considerado incapaz ou parcialmente incapaz ele será absolvido e terá uma medida de segurança que vai de 1 a 3 anos, com renovação anual para verificar a periculosidade. Na prática, se constata que manicômios e hospitais psiquiátricos custodiais que recebem essas pessoas estão sempre lotados e suas vagas são disputadas pelos juízes, permanentemente. Então, o indivíduo que recebeu uma pena de no máximo 3 anos, poderá estar fora da instituição findo esse período, caso se constate que não tenha mais periculosidade ou risco para a sociedade. O que não aconteceria se não existisse o mecanismo da irresponsabilidade, e ele certamente passaria até 30 anos de sua vida na prisão. Deve-se ainda considerar que, se a pessoa que cometeu crime bárbaro alegar insanidade mental e tiver bens econômicos, fatalmente terá um perito indicado pela defesa. E, quando necessário, provará a sua doença mental em busca da irresponsabilidade, mas também, com certeza, saberá qual o momento para cessar a periculosidade e não constituir mais risco para a sociedade.

Injusto, assim, porque alguns indivíduos podem permanecer na cadeia por muito tempo, enquanto outros que apelarem para a psiquiatria poderão estar fora num prazo de três anos, pela benevolência das leis que o protegem.

Injusto, também, para aquelas pessoas que são ameaçadas constantemente por indivíduos que carregam no bolso um atestado de loucura, e o usam socialmente dizendo que eles podem fazer e desfazer que não serão presos, por terem um atestado de louco ou simplesmente porque são loucos não serão jamais responsabilizados.

Diante do exposto pergunta-se, também, se não haveria o descrédito da perícia médica. É justamente o que se procurará demonstrar. O descrédito passa a ser uma consequência daquilo que se exige da perícia. O princípio da irresponsabilidade no Código Penal, o que se exige do perito, só seria possível caso ele tivesse poderes da onisciência de onipresença, o que não é possível para nenhum ser humano; daí, o descrédito. Em um júri onde o acusado tinha do perito a constatação de uma incapacidade total, o juiz, que poderia não a ter pronunciado, pronunciou-o em função da alta repercussão social do crime e, finalmente, os jurados desprezaram totalmente o laudo de irresponsabilidade e o condenaram à prisão comum. E não por falha da defesa, que usou de toda sua capacidade de persuasão para convencer os jurados das suas pretensões. Como já se viu italiano Fiore, há bastante tempo, já chamava a atenção para questões que inteiramente se assentam sobre um critério científico, comum não só às normas de psicologia judiciária, mas também ao Direito Processual Penal, que é a absoluta exclusão de qualquer divisão de peritos em de acusação e de defesa. Para ele, tal divisão consistia numa vergonha científica, como se houvesse uma ciência para a defesa e outra para acusação.

É por acreditar-se na inutilidade desse mecanismo jurídico de isentar da pena o agente que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, pela inadequação e pela impossibilidade de sua aplicação, já que a extinção dos hospitais psiquiátricos públicos é uma questão de tempo e que mais cedo ou mais tarde desaparecerão, que se teve a ousadia de contrariar e enfrentar o que consta do direito penal há milhares de anos. É possível que juristas e outras pessoas até tenham discordado do assunto, mas é mais provável que também não tivessem coragem de enfrentar essa tese, defendendo-a publicamente. Assim, o primeiro estudo que ridicularizou a concepção de doença mental até hoje defendida junto aos tribunais, negando inclusive a sua existência tal como se tem apresentado, já abordado no segundo capítulo deste trabalho, foi SZAZS (1980). Este autor, que oferece o suporte teórico básico do presente estudo, defende que se um indivíduo ameaça outras pessoas através de suas crenças ou ações, poderia ser tratado por outros métodos que não o psiquiátrico. Se sua conduta é eticamente ofensiva, poderiam ser apropriadas outras sanções morais, como, por exemplo, o ostracismo social ou a separação judicial ou divórcio. Se sua conduta é proibida por lei, seriam apropriadas sanções legais, como, por exemplo, a multa e a prisão. Entende o autor, e no presente trabalho se endossa tal entendimento, que a multa e a prisão ou qualquer outra sanção legal são mais dignas, mais justas, mais isonômicas, menos discriminatórias socialmente, e menos injuriosa ao espírito humano que a sanção psiquiátrica. Com isso, defende-se que todas as pessoas têm de serem julgadas pelos atos que cometeram, independentemente de serem doentes mentais, loucos de todo o gênero, ter enfraquecimento senil, imbecilidade nativa. Discorda-se dos procedimentos penais que vigoram no país, atribuindo ao doente mental irresponsabilidade, porque ao invés de proporcionar justiça, eles mais provocam injustiça e insegurança para si próprios, para outros indivíduos e para a Sociedade como um todo.

Pode-se também concluir que ao criticar a medida de segurança que se destina a manter indefinidamente indivíduos em manicômios psiquiátricos ou em hospitais estatais psiquiátricos custodiais, ou ainda mantê-los nessas instituições por períodos tão curtos em substituição à pena que pareça uma impunidade. O Estado, e o Código Penal, estão favorecendo essa assistência psiquiátrica custodial, na qual, com o objetivo de protegê-las, as pessoas são mantidas isoladas sem o mínimas condições de vida e respeito aos seus direitos individuais previstos pela Constituição.

No próximo capítulo, enfoca-se o aspecto civil da pessoa humana, responsabilidade, irresponsabilidade, doença mental, curatela e interdição, apresentando proposta para modificar o artigo quinto do Código Civil.

CAPÍTULO 6

DISPOSITIVOS DO CÓDIGO CIVIL QUE TRATAM DO DOENTE MENTAL: UMA OPORTUNIDADE DE DISCUSSÃO

6.1 O Código Civil, a pessoa humana, a capacidade e a incapacidade

A utilidade das codificações tem provocado divergências na doutrina, discutindo-se qual o sistema preferível; deixar que o direito se desenvolva livremente, através de leis esparsas, na medida em que as mudanças sociais exigem transformações, ou reuni-los desde logo num complexo e volumoso livro de normas, mantendo todas organizadas de acordo com a época de promulgação e assunto.

A Escola Histórica considera que, sendo sínteses sistemáticas de leis, os códigos gozam de maior estabilidade, cujo preço consiste em entrar e conter durante maior lapso de tempo o curso natural da evolução jurídica. Para Savigny, os códigos são fossilizações do Direito, constituem algo de morto que impedem o seu desenvolvimento. Também Garba foi adversário das codificações, acreditando que facilitam a missão e a pretensão dos mediocres que se julgam dispensados de maiores indagações e da visão de conjunto, substituindo-as pelo culto da palavra e da letra; reconheceu, entretanto, a necessidade das codificações para educar a vida civil dos povos bárbaros, aplaudindo o Decálogo, a Lei das Doze Tábuas e a Legislação de Justiniano. A codificação (ou a fixação do direito de um povo) tem a virtude de unificar o direito e consolidar a unidade política da nação. Dizem até que animados por propósitos idênticos, Júlio César e Cromwell teriam pensado em organizá-las, mas, por falta de tempo, não puderam executá-las.

Quando em 1822, o Brasil emancipou-se politicamente de Portugal, a Legislação Civil vigente na Colônia eram as Ordenações Felipinas, expedidas em 1603 por Felipe I, embora alteradas e complementadas por inúmeras leis e decretos extravagantes. Rompidos os laços com a Corte de Portugal, cogitou-se desde logo na elaboração de um Código Civil, que viesse a cimentar a união das províncias e consolidar a unidade política do país. Enquanto não se organizasse um novo código civil, mandou o Governo Imperial vigorar em todo país as ordenações, leis e decretos de Portugal, através da Lei de 20 de outubro de 1823. As primeiras tentativas no sentido de fixar o Direito Pátrio, coube a Carvalho Moreira, que em 1845 apresentou estudos sobre a revisão geral e a codificação das leis civis e de processo. Também Euzébio de Queirós propôs a adoção do Digesto Português de Correia Telles. Porém, acreditou-se que seria mais adequado tratar de uma prévia consolidação das leis civis, entregando essa tarefa a Augusto Teixeira de Freitas, em 1855. Já em 1858 estava a prévia consolidação concluída e aprovada. Assim, o Governo Imperial, através do Ministro Nabuco de Araújo, em 1859 confiou a Teixeira de Freitas o encargo de preparar o projeto. Apresentando um “esboço” à Comissão Revisora, surgiram prolongadas e estéreis discussões que desgostaram o autor do projeto. Por fim, suspenderam-se os trabalhos, malogrando a tentativa de Teixeira Freitas, que teve seu esboço aproveitado para a confecção do Código Civil Argentino. Rescindindo o contrato com Teixeira de Freitas, incumbiu-se o próprio Ministro Nabuco de Araújo de apresentar um novo projeto. Colhido pela morte, coube a tentativa ao jurisconsulto mineiro Joaquim Felício dos Santos, que, apresentando seus apontamentos em 1881, recebeu parecer desfavorável da comissão nomeada para apreciá-los. Essa mesma comissão composta por Lafayette Rodrigues Pereira, Antônio Joaquim Ribas, Francisco Justino Gonçalves de Andrade, Antônio Coelho Rodrigues e Antônio Ferreira Viana, bem como pelo próprio Felipe dos Santos, foi incumbida de tentar novamente a codificação, mas

desfalcou-se de elementos prestimosos, e logo se dissolveu. Em 1889, às vésperas da República, outra comissão foi nomeada, mas a proclamação do novo regime fez com que fossem suspensas suas atividades. Na República, Coelho Rodrigues foi escolhido para o encargo; porém, seu projeto, que tinha grande valor jurídico, não obteve as graças do Legislativo. Finalmente, com Campos Sales, na Presidência do Brasil, Eptácio Pessoa como Ministro da Justiça, convidou seu antigo colega de congregação da Faculdade de Direito do Recife, Clóvis Beviláqua, com a recomendação de aproveitar tanto quanto possível o projeto de Coelho Rodrigues. Transferido para o Rio de Janeiro, Clóvis Beviláqua iniciou desde logo sua tarefa, que em pouco mais de seis meses estava concluída. Ao receber o projeto, o Governo nomeou para a Comissão Revisora: Aquino e Castro, Bulhões de Carvalho, Lacerda de Almeida, Conselheiro Barradas e Freire de Carvalho, sob a presidência do Ministro Eptácio Pessoa. Depois da revisão que apresentou numerosas inovações, o projeto foi apresentado ao Presidente da República, que já remeteu ao Congresso mediante mensagem em 17 de novembro de 1900. Na Câmara dos Deputados, sofreu metuculoso exame por parte dos vinte e um representantes das diversas bancadas, tendo como presidente J.J.Seabra, surgindo então o projeto da comissão aprovado pela Câmara em sessão de 13 de março de 1902. Enviado ao Senado, sofreu críticas de redação por parte de Rui Barbosa. Após longos anos de estagnação no Senado, o projeto retornou à Câmara com 1.736 emendas, da maioria tratando da redação. Aprovado, converte-se na lei número 3.071, de primeiro de janeiro de 1916, para entrar em vigor em primeiro de janeiro de 1917, modificada posterior e substancialmente pela Lei número 3.725, de 15 de janeiro de 1919. Concluído assim o Código Civil, foi saudado por expressões internacionais que nele reconheceram inúmeras qualidades, superando e compensando o reduzido número de defeitos, (MONTEIRO 1976, 45-50).

Depois deste breve histórico da aprovação do Código Civil Brasileiro, ingressa-se, em seu livro I, cujo o Título *Das Pessoas* começa tratando do sujeito e, já no artigo 2 assim se expressa: **“Todo homem é capaz de direitos e obrigações na ordem civil”**.

Assim, o primeiro elemento que aparece no Código refere-se ao sujeito ou pessoas, sem o qual não pode existir o direito, podendo-se afastar a possibilidade de direitos sem os respectivos titulares.

Para MONTEIRO (1976, 55-74), a palavra pessoa advém do latim *persona*, emprestada à linguagem teatral na antigüidade romana. Primitivamente, significava máscara, que os atores adaptavam ao rosto, provida de disposição especial destinada a dar eco às suas palavras. *Persona*, então, queria dizer: ecoar, fazer e ressoar. A máscara era uma *persona*, porque fazia ressoar a voz de uma pessoa. Assim, por curiosa transformação no sentido, o vocábulo passou a significar o papel que o ator representava e, mais tarde, passou a exprimir a atuação de cada indivíduo no cenário jurídico. Finalmente, completando a evolução, a palavra passou a expressar o próprio indivíduo que representa esses papéis. E este é o sentido que se trabalhará a partir de agora.

Continuando, com Monteiro, a palavra pessoa ainda possui três acepções diferentes: a vulgar, a filosófica e a jurídica.

Na acepção vulgar, pessoa é sinônimo de ente humano, pois existem instituições que têm direitos e, por isso, são reconhecidas como pessoas, mas não são entes humanos, como é o caso das pessoas jurídicas. Também já existiram entes humanos que não foram pessoas, como, por exemplo, os escravos.

Na acepção filosófica, pessoa é o ente que realiza seu fim moral e emprega sua atividade de modo consciente. Neste sentido, pessoa é o homem, ou qualquer coletividade que preencha aquelas condições.

Na acepção jurídica, pessoa é o ente físico ou moral, suscetível de direitos e obrigações. Portanto, pessoa é sinônimo de sujeito de direito ou sujeito de relação jurídica. No Direito moderno, todo ser humano é pessoa no sentido jurídico. Além dos homens, também são dotados de personalidade certas organizações ou coletividades que tendem à consecução de fins comuns.

Segundo tais definições, presente determinado direito, há de existir forçosamente um sujeito que detenha a titularidade. Este sujeito pode ser o homem individualmente, ou um agrupamento mais ou menos numeroso de homens animados ou inspirados por fins e interesses comuns. Na ordem jurídica, é reconhecida a pessoa natural, também chamada pessoa física, o homem, o ente humano, o ser humano; e a pessoa jurídica, denominada pessoa moral ou coletiva, aí incluídos agrupamentos humanos com fins e interesses comuns.

No trabalho que se realiza interessa a pessoa natural, aquele indivíduo mencionado pelo Código Civil no artigo segundo, no qual o direito é constituído *hominum causa*, só existindo entre os homens¹. Os animais, que embora tenham

¹ Na história do Direito, encontramos seres humanos que não eram sujeitos de direito, como os escravos e os estrangeiros. Na tábua quarta do Direito Romano, que trata do Pátrio Poder e do Casamento, assim constava:

“É permitido ao pai matar o filho que nasce disforme, mediante o julgamento de cinco vizinhos”;

“O pai terá sobre os filhos nascidos de casamento legítimo o direito de vida e morte e o poder de vendê-los”;

“Se o pai vendeu o filho 3 vezes, que esse filho não recaia mais sob o poder paterno” (MEIRA, 1975, 85)

Art. 5 - São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I- Os menores de 16 anos;

II- Os loucos de todo o gênero;

proteção, estão excluídos de seu raio de ação, mesmo que sejam tomados em consideração para fins sociais, pela necessidade de se elevar o sentimento humano, evitando-se a brutalidade, a selvageria e a destruição do meio ambiente como um todo.

Pelo o artigo segundo do Código, parece que todo homem é capaz de direitos e obrigações na ordem civil. Nesse artigo, a palavra-chave “**capaz**” merece maiores considerações acerca de seu significado. Para PEREIRA (1976, 222-225), todo ser humano é dotado de personalidade jurídica e, portanto, possui aptidão genérica para adquirir direitos e contrair obrigações. Aliada à idéia de personalidade, a ordem jurídica reconhece ao indivíduo a capacidade para a aquisição e para exercê-las por si mesmo, diretamente, ou por intermédio, ou com a assistência de outrem. Personalidade e capacidade se completam, pois de nada valeria a personalidade sem a capacidade jurídica que se ajusta assim ao conteúdo da personalidade. Levando em conta o sentido genérico, não há restrições à capacidade, porque todo direito se materializa na efetivação ou está apto a concretizar-se. Assim, quem tem aptidão para adquirir direitos deve também poder gozá-los e exercê-los, por si ou por via de representação, não importando a inércia do sujeito em relação ao seu direito. A

III-Os surdos-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade;

IV-Os ausentes, declarados tais por ato do juiz.

Art. 6- São incapazes, relativamente a certos atos (art. 147 I), ou à maneira de os exercer.

I- Os maiores de dezesseis e os menores de vinte e um anos (arts. 154 a 156);

II- Os pródigos;

III-Os silvícolas.

Parágrafo único- Os silvícolas ficarão sujeitos ao regime tutelar, estabelecido em leis e regulamentos especiais, o qual cessará à medida que se forem adaptando à civilização do país.

² 1. Associação (distúrbio da): As associações lógicas que normalmente conduzem um pensamento para outro parecem estar perdidas tornando-se bizarro, ilógico e caótico.

2. Autismo: O autismo é uma forma de pensamento que leva o paciente preocupar-se com idéias derivadas de alucinações e delírios induzindo a criar um mundo independente e isolado.

3. Afetividade incongruente: As respostas emocionais podem ser inadequadas ao conteúdo do pensamento com indiferença, frivolidade e embotamento afetivo.

4. Ambivalência: O paciente abriga sentimentos, atitudes, desejos ou idéias contraditórias em relação a um dado objeto.

privação total ou parcial da capacidade implicaria frustração da personalidade, pois se ao homem fosse negada a capacidade genérica para adquiri-lo, a consequência seria o seu aniquilamento no mundo jurídico.

Para Pereira, à aptidão oriunda da personalidade para adquirir os direitos da vida civil dá-se o nome de capacidade de direito e se distingue da capacidade de fato, que é a aptidão do titular para utilizá-los e exercê-los por si mesmo. A capacidade de direito, ou de gozo ou de aquisição, não pode ser recusada ao indivíduo, sob pena de despi-lo de atributos da personalidade, pois, se falta capacidade é porque não há personalidade. Assim, a capacidade de direito ou de aquisição, pode sofrer eventuais restrições, como no caso da impossibilidade de adotar filhos por falta da “conditio aetatis”. Em regra, ocorre a restrição à capacidade de gozo, sem confusão com a falta de capacidade de fato, quando se defrontam direitos personalíssimos, recusados em condições especiais. Muitas vezes os indivíduos não têm os requisitos materiais para se dirigirem com autonomia no mundo civil; embora a ordem jurídica não lhes negue a capacidade de gozo ou de aquisição, recusa-lhes a autodeterminação, impossibilitando-lhes o exercício dos direitos pessoal e diretamente, porém condicionado à intervenção de uma outra pessoa que as represente ou as assista. A ocorrência de tais deficiências caracteriza incapacidade. Aquele que se acha em pleno exercício de seus direitos é capaz, ou tem a capacidade de fato, de exercício ou de ação; aquele a quem falta a aptidão para agir, não tem a capacidade de fato. A regra é que toda pessoa tem capacidade de direito, mas nem toda a possui de fato. Toda pessoa tem a faculdade de adquirir direitos, mas nem toda pessoa tem o poder de usá-las pessoalmente e transmiti-los a outrem por ato de vontade. Por isso mesmo se diz que toda pessoa tem a capacidade de direito ou de aquisição, presumindo-se a capacidade de fato ou de ação; somente por exceção e expressamente decorrente de lei, é que se recusa ao indivíduo a capacidade de fato.

Outros autores têm uma concepção semelhante sobre capacidade. Contudo, cabem aqui os princípios apresentados por LOPES (1961,230), que estabelece, em primeiro lugar, que a capacidade se destina à prática dos atos jurídicos e não ao fato jurídico. Os fatos jurídicos, mesmo os voluntários, não exigem capacidade, mas tão-somente discernimento, tanto é assim que os incapazes respondem pelos atos ilícitos que praticarem. Em segundo lugar, a capacidade é a regra, e a incapacidade a exceção.

Concluindo o assunto, poder-se-ia mencionar que a capacidade de gozo é conatural ao homem, o próprio Código Civil declara em seu artigo 2, que todo homem é capaz de direitos e obrigações na ordem civil, não havendo assim, no mundo moderno, espaço para a incapacidade de gozo num sentido geral. Só a incapacidade de exercício pode assumir esse aspecto geral, compreendendo a vedação da prática de qualquer ato, como ocorre nas incapacidades que atingem o louco ou o menor de 16 anos. A incapacidade de gozo somente pode ser entendida num sentido especial, em razão do princípio constitucional de que todos são iguais perante a lei. Este princípio constitucional quer dizer que se a vida social exige que se prive a certos indivíduos do gozo de certos direitos, isto só pode ocorrer em circunstâncias limitativamente determinadas, uma vez que, desaparecendo essas circunstâncias, a plenitude do gozo dos direitos restaura a capacidade.

Após estas breves noções sobre capacidade, cabe agora ingressar na incapacidade, conceituação também importante para continuação do trabalho. DINIZ (1991, 88) define a incapacidade como a restrição legal ao exercício dos atos da vida civil, devendo ser encarada a capacidade como a regra, e a incapacidade a exceção.

Para LOPES (1961, 285), incapacidade é precisamente o oposto da capacidade. Considera-se incapaz não só o que se encontra privado do gozo de um direito, como o tolhido em seu exercício e sempre que a incapacidade de exercício se manifesta de forma absoluta ou sob um aspecto relativo.

Se a capacidade de direito ou de gozo é geminada com a personalidade de que naturalmente decorre; a capacidade de fato ou de exercício nem sempre coincide com a primeira, porque algumas pessoas, sem perder os atributos da personalidade, não têm a faculdade do exercício pessoal de direitos civis. Assim, PEREIRA (1976, 229) define a incapacidade como restrição ao poder de agir, deve ser sempre encarada “*stricti iuris*”, e sob a iluminação do princípio segundo o qual a capacidade é a regra, e a incapacidade a exceção. Prosseguindo, Pereira esclarece que a incapacidade prevista no Direito Brasileiro segue a linha de orientação do Direito alemão e suíço, para os quais a incapacidade resulta da coincidência da situação de fato em que se encontra o indivíduo e a hipótese jurídica da capacidade diminuída definida na lei. Assim, a apuração prévia da incapacidade influi na sistemática da prova, pois se os atos da pessoa declarada incapaz são ineficazes, porque o estado de incapacidade proclamado dispensa a pesquisa do discernimento; já a arguição de sua invalidade, sob fundamento de ser o agente portador de uma deficiência psíquica grave no momento de sua prática, requer do interessado a prova dessa circunstância, na qual a vontade é o pressuposto da ação jurídica e a sua ausência conduzirá fatalmente à ineficácia do ato.

Muito se tem questionado a respeito do instituto da incapacidade, foi imaginado e construído sobre uma razão moralmente elevada, que é a proteção dos portadores de deficiência juridicamente apreciável. Entende-se que a lei não institui o regime das incapacidades com o propósito de prejudicar aquelas pessoas que delas padecem, mas ao contrário, para oferecer-lhes proteção por intermédio de um

ordenamento jurídico que procura restabelecer um equilíbrio psíquico, rompido em consequência das condições peculiares dos mentalmente deficitários. Mas, como toda preocupação que visa a beneficiar o indivíduo também tem o outro lado que pode prejudicá-lo, muitas pessoas, em certas circunstâncias, podem ser prejudicadas pela inadequada e má aplicação desse instituto, especialmente utilizando a psiquiatria como forma de incapacitar indivíduos para os atos da vida civil. Retornando ao Código, que, tendo em vista a diversidade de condições pessoais dos incapazes, e a maior ou menor profundidade da redução no discernimento, destaca os que são inaptos para a vida civil, na sua totalidade, e, de outro lado, aqueles que são incapazes apenas quanto a alguns direitos ou à forma de seu exercício. A extensão da incapacidade gradua a forma de proteção, assumindo o aspecto de representação para os absolutamente incapazes, uma vez que estão completamente privados de agir juridicamente, e a modalidade de assistência para os relativamente incapazes, já que têm o poder de atuar na vida civil, porém sob condição de serem autorizados. Nas duas situações o Código determina que:

Art. 5 - São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

- I- Os menores de 16 anos;
- II- Os loucos de todo o gênero;
- III- Os surdos-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade;
- IV- Os ausentes, declarados tais por ato do juiz.

Art. 6- São incapazes, relativamente a certos atos (art. 147 I), ou à maneira de os exercer.

- I- Os maiores de dezesseis e os menores de vinte e um anos (arts. 154 a 156);
- II- Os pródigos;

III-Os silvícolas.

Parágrafo único- Os silvícolas ficarão sujeitos ao regime tutelar, estabelecido em leis e regulamentos especiais, o qual cessará à medida que se forem adaptando à civilização do país.

Como o trabalho que se realiza refere-se ao doente mental, inoportuno seria aprofundar a discussão sobre surdos-mudos e ausentes, por isso, passar-se-á a tratar da incapacidade absoluta que tem como ordem de causa a idade e a enfermidade mental, dando prioridade a esta última.

A enfermidade mental nela incluído qualquer estado de insanidade, importa em incapacidade absoluta, a fixação do alcance da alienação mental quanto à incapacidade é árdua, tanto na ciência jurídica como na ciência médica, em razão da imensa diversidade que podem assumir os estados patológicos e a variação de sua extensão, desde a loucura declarada, facilmente perceptível pelos seus aspectos característicos, até os distúrbios menos pronunciados, que só a experiência do especialista consegue diagnosticar. A dificuldade de abranger numa expressão toda a larga escala dos estados psicopatológicos e psiquiátricos provocou discussão na linguagem que o legislador deveria usar na designação da incapacidade por insanidade mental, e até se poderia dizer que nunca uma expressão mereceu tanta discussão como a usada pelo Código Civil tratando dos absolutamente incapazes, que são **“os loucos de todo o gênero”**.

Ingressando nessa essencial e polêmica discussão estabelecida em mais setenta anos, CARVALHO (1957, 239-247), criticando o legislador pela expressão **“loucos de todo o gênero”**, assim se expressou:

“O mais grave, entretanto, em relação à insanidade mental, é que nosso legislador somente aludiu aos ‘loucos’, esquecendo-se totalmente dos fracos de espírito, ou psicopatas, e daqueles que sejam vítimas de um estado meramente transitório de inconsciência, resultante de embriaguez, delírio febril.”

E continua o autor:

“Na ocasião de discutir o Projeto do Código Civil, foi o legislador desde logo alertado de que a simples alusão a ‘loucos’ (interditos ou não) não compreenderia nem os casos de perturbação mental transitória (por delírio febril etc.), nem os de parada de desenvolvimento psíquico (Idiotia) ou de degeneração psíquica ou fraqueza de espírito, que, segundo o direito francês (art. 499, do Cód. Civil) ou Italiano (art.329), justificariam, não um regime radical de interdição com incapacidade absoluta do agente, mas apenas um simples conselho judiciário, ou inabilitação, com incapacidade mitigada”.

Acreditando-se que quando o Código Civil faz referência à loucura não se limita àqueles casos de distúrbio mental que fazem do enfermo um furioso, mas alude a toda espécie de desequilíbrio das funções cerebrais, sejam as que provêm de qualquer malformação congênita, sejam as subseqüentes a uma enfermidade geral ou específica, sejam as decorrentes de qualquer enfermidade, dependência ou lesão que afete o comportamento psíquico do indivíduo na Sociedade, a expressão **“louco de todo o gênero”** sugere um estado patológico grave, oriunda de uma enfermidade ou defeito somático. A incapacidade por alienação mental comporta, além dos

loucos propriamente ditos, todos os pacientes de anomalias ou deficiências que colocam o indivíduo em condições inferiores quanto à acuidade de espírito.

Para RODRIGUES (1901, 13-25), são variadíssimos os estados de insanidade mental que, por deficiência ou perversão nas funções psíquicas, podem criar a incapacidade civil.

Na disputa dos que defendiam as especificações casuísticas de todos esses estados mentais nos códigos, contra aqueles que entendiam melhor defini-los por uma designação genérica que a todos abrangesse, os progressos da psicologia normal e patológica vieram mostrar que o caso requeria distinções bem capazes de dar razão a ambos os lados, pois esses estados mentais não se reduzem, como se supôs, a casos de loucura. Para a loucura, os códigos devem adotar uma designação genérica aplicável a todos os casos de alienação mental, de preferência tentar especificar na lei as formas clínicas de “**doidice**”, imiscuindo-se na confusão das classificações psiquiátricas, pois os mais familiares não possuem harmonia e unidade de vistas. Nas palavras de Rodrigues (1901, 13-25), a idéia se aclara:

“Mas seria engano rematado acreditar que se possam incluir nos domínios da loucura, mesmo da alienação, todos os casos de insanidade mental que podem affectar a capacidade civil. Será mesmo difficil encontrar uma expressão capaz de convir como rubrica genérica todos esses casos de insanidade, de cuja somma o grupo das loucuras é apenas uma parcella. Esses casos são de facto, ou de verdadeiras molestias mentaes ou cerebraes como a loucura e a aphasia; ou de invalidez mental como a imbecilidade, a idiotia, a surdo-murdez; ou de simples anormalidade psychica, como os estados somnambulicos e hypnoticos, as paixões, a embriaguez etc.; ou mesmo condições psicologicas especiaes

como a involução senil. Como se vê, são estados muito distintos uns dos outros e que não guardam entre si afinidades taes que permittam grupal-os numa rubrica unica. A insufficiencia mental para o exercício dos direitos civis é um effeito, uma consequencia de causas multiplas que não podem entrar numa familia natural ou constituil-a”.

Propõe, finalmente, Nina Rodrigues em sua obra **“O alienado no Direito Civil Brasileiro”**, anterior ao Código, que na sua redação se deveria renunciar às tentativas de mencionar na lei todas essas causas, seja específica ou genericamente, e limitar-se o legislador a consignar nos códigos a condição da insuficiência legal do indivíduo, qualquer que fosse a sua causa psíquica, cabendo aos juízes e tribunais o encargo de determinar no exame concreto e individual de cada caso, o motivo que produziu o efeito que o código se limitou a prever. Ou ainda, os códigos deveriam adotar a especificação casuística dos grupos de insanidade mental, para a definição de algumas designações genéricas ou compreensivas, a exemplo do código alemão, que dá uma satisfação mais global a esse princípio nos artigo 6, 104 e 105 adotou a especificação casuística dos estados de insanidade mental, caracterizando a moléstia mental ou alienação mental, a fraqueza intelectual, a prodigalidade, a embriaguez habitual, os estados de inconsciência ou de perturbações momentâneas da atividade do espírito.

Assim, diversos outros autores da época declararam-se totalmente contrários à expressão escolhida pelo legislador para identificar a incapacidade. Esclareça-se em tempo que o projeto do Código Civil elaborado por Clóvis Beviláqua adotou o projeto de Teixeira de Freitas, para designar as moléstias ou enfermidades mentais com a expressão “alienados”, procurando ampliá-lo em **“alienado de qualquer espécie”**, cabendo à Comissão Revisora a decisão pela expressão **“loucos de todo o gênero”**, que já havia sido adotada pelo Código Penal

de 1830. Ainda criticaram a expressão **“loucos de todo o gênero”**, Tobias Barreto, Pacheco Silva, Flaminio Fávero, Afrânio Peixoto, Miguel Salles, Gustavo Riedel, Humberto Gotuzzo, e Hélio Gomes. Este último, apesar de critica-la em seus livros de medicina legal posteriormente considerou essa fórmula admirável e perfeita e, se dele dependesse, as manteria pelo menos no Código Civil. Juliano Moreira, Austregésilo, Henrique Roxo, Souza Lima e Murilo de Campos preferiam que o Direito Civil tivesse adotado a orientação do direito francês, italiano e suíço, que consagravam os institutos jurídicos do conselho judiciário, da inabilitação e do conselho legal para as pessoas que se achassem na zona intermediária entre a perfeita sanidade de espírito e a insanidade.

Não se poderia concluir o assunto sem ressaltar o pensamento de BEVILÁQUA (1929, 99) acerca da expressão **“loucos de todo o gênero”**, por ele utilizada no Código Civil que recebeu modificações pela Comissão Revisora:

“Não é necessário dar uma definição rigorosa de alienação mental em um livro jurídico. É suficiente que tenhamos desse estado mental uma noção aproximada, pois o que importa ao jurista é a aptidão do indivíduo para dirigir-se na vida e não a rigorosa determinação de uma entidade mórbida. Alienados ou loucos, no sentido do Código Civil, são aqueles que, por organização cerebral incompleta, por moléstia localizada no encephalo, lesão somática ou vício de organização, não gozam de equilíbrio mental e clareza de razão suficientes para se conduzirem socialmente nas varias relações da vida. É a insanidade mental permanente ou sequer duradoura, que acarreta a incapacidade absoluta do indivíduo, ainda que seja descontínua, isto é, interrompida por intervalos de lucidez. Mas não basta este requisito da duração; é ainda

necessario que determine grave alteração nas faculdades mentais. Os estados transitórios de insanidade mental ou de perturbação da intelligencia viciam os actos praticados durante elles. Os permanentes, porém, que não impedem ao paciente de reger sua pessoa e seus bens, não exigem, egualmente, a intervenção energica da ordem juridica, traduzindo-se pela incapacidade absoluta”.

Finalmente relata CARVALHO (1957, 245) que a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, bem como o Instituto da Ordem dos Advogados do Brasil, em 16 de junho de 1920, aprovaram moções, por indicação de Pontes de Miranda, proclamando a necessidade de mudar a fórmula utilizada pelo artigo quinto, do Código Civil, propondo que fosse adotado o regime de gradações de incapacidade, com a instituição concomitante da curatela limitada. A consequência de todas essas críticas apareceu no Decreto número 24.559, de 3 julho de 1934, já apresentado anteriormente, e que veio estender-se a todos os psicopatas, estabelecendo os princípios da interdição parcial em seu artigo 26: **“Os psicopatas assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil”.**

Parágrafo único- Supre-se a incapacidade pelo modo instituído na legislação civil ou pelas alterações constantes do presente decreto”.

Ainda em consequência da manifestação dos órgãos representativos das classes mais interessadas, pode-se constatar também no Decreto número 24.559, de 3 de julho de 1934, no parágrafo 3 do artigo 28, os princípios da interdição parcial que assim sentenciou:

“No despacho que nomear o administrador provisório, ou na sentença que decretar a interdição, o juiz, tendo em conta o estado mental do psicopata, em face das conclusões da perícia médica, determinará os limites da ação do administrador provisório, ou do curador, fixando assim a incapacidade absoluta ou relativa do doente mental”.

O Decreto número 24.559, de 3 de julho de 1934, menciona que o psicopata declarado por perícia médica, processado em forma regular, é absoluta ou relativamente incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil; o Código Civil em seu artigo sexto, ao tratar dos incapazes relativamente, não incluiu expressamente os doentes mentais, pois se referiu aos maiores de 16 anos e menores de 21 anos, os pródigos e os silvícolas. O Código Civil de NEGRÃO (1996, 34) quando menciona que são incapazes relativamente a certos atos ou à maneira de exercê-los, apresenta a seguinte nota de rodapé: **“Psicopatas, toxicômanos e viciados em substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica também são relativa ou absolutamente incapazes, conforme determinar a sentença de interdição”.**

Por isso, acredita-se que dentre os incapazes destacam-se aqueles que não são totalmente privados da capacidade de fato, em razão de não vigorarem as mesmas razões predominantes na definição da incapacidade absoluta. Isso representou uma vitória da classe dos advogados e médicos, que coloca certas pessoas em um nível médio entre a incapacidade e o livre exercício dos direitos, em razão de circunstâncias pessoais ou em razão de uma imperfeita coordenação das faculdades psíquicas. A essa categoria de indivíduos que ocupam uma zona intermediária entre a capacidade plena e a incapacidade total, chama de relativamente incapazes para a prática de certos atos ou para o modo de exercê-los.

Os relativamente incapazes não são privados de ingerência ou participação na vida jurídica, ao contrário, o exercício de seus direitos se realiza com a sua presença. Mas, por lhes faltarem qualidades que lhes permitam liberdade de ação para procederem com completa autonomia, exige que eles sejam assistidos por quem o direito assim o determina, em razão do laço de parentesco ou em virtude de relação de ordem civil, ou ainda por designação judicial.

BEVILÁQUA (1929, 105), assim definiu os relativamente incapazes:

“são os que podem praticar, por si, os actos da vida civil, que não lhes são vedados, devendo praticar todos os mais, autorizados por outrem”.

6.2 Os diversos grupos de doença mental

6.2.1 A esquizofrenia

Tantas são as doenças mentais que se torna difícil saber qual mencionar primeiro, de tal sorte que se iniciará pela esquizofrenia que hoje pode ser considerado o principal grupo de doenças mentais. Para a Associação Americana de Psiquiatria, a esquizofrenia constitui-se num grupo de desordens que se manifesta por distúrbios característicos do pensamento, humor e comportamento. Os distúrbios do pensamento são caracterizados por alteração da formação de conceitos que levam a falsas interpretações da realidade e, às vezes, idéias delirantes e alucinações, que freqüentemente parecem ser psicologicamente autoprotetoras. As mudanças de humor incluem ambivalência, respostas emocionais inadequadas e perda da empatia com os outros. O comportamento pode ser de isolamento,

regressivo e bizarro. As esquizofrenias, nas quais a alteração do estado mental é atribuível primeiramente a uma perturbação do pensamento, devem ser distinguidas das doenças afetivas maiores, nas quais predomina uma desordem de humor. Os estados paranóides se distinguem da esquizofrenia pela exigüidade de suas distorções da realidade e pela ausência de outros sintomas psicóticos.

Emil Kraepelin forneceu uma descrição fenomenológica detalhada dos sintomas esquizofrênicos, acabando por enfatizar um critério de prognóstico com tendência para uma deterioração final que termina num estado de demência, por isso recebendo a denominação de “**demência precoce**”. Eugen Bleuler chamou-a “esquizofrenia”, enfatizando mais a cisão das funções psíquicas do que uma progressão inexorável. Segundo ainda Bleuler, os pacientes esquizofrênicos podem apresentar uma verdadeira enciclopédia de sintomas, e os psiquiatras constantemente divergem quanto à importância relativa que cada um dá para um ou outro desses sintomas fundamentais, que, acredita-se, devam estar presentes de alguma forma em todos os casos de esquizofrenia e sintomas acessórios que podem ou não estar presentes. Dentro dos sintomas fundamentais, destacam-se os 4 “A” de Bleuler. 2

Dentre os sintomas acessórios destacam-se apenas: alucinações, delírios, ilusões, idéias de referência, despersonalização, negativismo, automatismo, ecolalia, ecopraxia, maneirismos, estereotípias, impulsividade e torpor.

A esquizofrenia pode apresentar os seguintes tipos clínicos: esquizofrenia simples, hebefrênica, catatônica, paranóide, esquizo-afetiva, indiferenciada, e, segundo alguns autores, outras dezenas de classificações. Segundo SOLOMON e PATCH (1975, 180), que auxiliaram na descrição da esquizofrenia, sua incidência no âmbito mundial varia de 0,3 a 1% da população, e é de 25% nas primeiras

admissões nos hospitais públicos americanos. Como causa apresenta fatores orgânicos, bioquímicos, endócrinos, tóxicos e neurológicos. Está dentro daquelas doenças psiquiátricas que levam o indivíduo a uma incapacidade total.

6.2.2 Distúrbios afetivos psicóticos- psicose maníaco-depressiva

À categoria dos distúrbios afetivos pertencem aquelas doenças mentais nas quais o afeto ou o humor está profundamente envolvido. A primeira e mais importante é a psicose maníaco-depressiva que, por definição, é uma doença benigna, funcional, caracterizada por uma tendência a se repetir, e que tem duas fases. Não é um processo maligno como a esquizofrenia, mas antes um processo autolimitativo; de possível recuperação. Como a esquizofrenia, a psicose maníaco-depressiva não está associada a qualquer causa orgânica conhecida e, deste modo, é chamada funcional. Descrevê-la como uma doença afetiva simplesmente quer dizer que, no fundamental, envolve humor, sentimentos ou emoções do paciente (MEZER 1978, 85).

Já para SOLOMON e PACTH (1975, 199-207), a psicose maníaco-depressiva, é uma doença mental de etiologia ignorada. É provável que exista a transmissão genética de algum fator bioquímico ou fisiológico desconhecido. As crises podem ser alternadas ou terem a mesma apresentação. Na mania existe excitação, fluência de fala, e aumento de atividade motora; na depressão, existe tristeza e diminuição dos principais apetites- alimento, sexo, sono e atividade. Excluir a depressão associada à doença somática, reação psicótica depressiva (evento desencadeante conhecido, sem crises prévias), neurose depressiva (menos intensa, mais relacionada a situações de vida), tipo esquizo-afetiva da esquizofrenia (importante alteração do pensamento, delírio ou alucinações) e melancolia

involutiva. Enfim as psicoses maníaco-depressivas constituem um grupo de doenças afetivas principais, caracterizado por distúrbios severos do humor, excitação ou depressão muito além da normal, variação das mudanças de humor, que dominam a vida mental do paciente. Classificam-se em tipo maníaco, tipo depressivo ou tipo circular. A incidência nos Estados Unidos está em 3 a 4 por mil habitantes da população e das internações em hospitais está em declínio de 12% das internações em 1933 para 1 a 4% em 1965. Trata-se de uma doença mental que em muitos casos pode levar de uma incapacidade relativa até a absoluta.

6.2.3 Retardamento mental e síndromes orgânico-cerebrais

Para MEZER (1978, 79-80), a segunda edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, da American Psychiatric Association, define retardamento mental como funcionamento intelectual geral subnormal que prejudica a aprendizagem, o ajustamento social e ou a maturação emocional. O Manual relaciona mais de sessenta diferentes causas e tipos agrupados sob as categorias gerais de retardamento mental associado com infecção, intoxicação, trauma, distúrbios metabólicos, graves doenças cerebrais pós-natais, influências pré-natais desconhecidas, anormalidade cromossômica, distúrbios psiquiátricos de vulto, privação ambiental, incluindo também uma categoria para causas inespecíficas de retardamento mental. Indivíduos com retardamento mental têm baixos escores de Q.I. Se o Q.I. está abaixo de 20, o retardamento é profundo; se o Q.I. está entre 20 e 35, o retardamento mental é severo; se o Q.I. está entre 36 a 51, o retardamento mental é moderado; se o Q.I. estiver entre 52 a 67, o retardamento mental é leve e se o Q.I. estiver entre 68 a 83, o retardamento mental é fronteiroço. O Q.I. é apenas um instrumento para fazer o diagnóstico do retardamento mental e a avaliação de sua severidade. O diagnóstico é feito na base de uma avaliação histórica evolutiva do

paciente, seu funcionamento atual nas áreas acadêmica, profissional e social, e suas habilidades motoras e maturidade emocional. Para o autor, cerca de três quartos dos retardados mentais estão no grupo leve e com frequência não são reconhecidos precocemente para receber o benefício da assistência que necessitam. Em apenas 2% dos retardos mentais o defeito é tão severo, que mesmo a situação de vida mais favorável não pode equilibrá-lo, e é necessária a institucionalização crônica. A maioria dos casos fronteira de retardamento mental podem ser reabilitados e mantidos na comunidade, mas têm de ser ajudados a utilizar cada mínima parte de seus limitados dotes intelectuais para enfrentar as numerosas exigências da vida.

Com relação às síndromes orgânicas cerebrais, também MEZER (1978, 80-83), ensina que resultarem de forma característica do comprometimento difuso do tecido cerebral, indiferente à causa, e podem ser psicóticas ou não-psicóticas, de acordo com a severidade do comprometimento funcional do indivíduo. As síndromes orgânico-cerebrais psicóticas são aquelas suficientemente severas a ponto de interferir na capacidade do paciente para enfrentar as exigências comuns da vida e frequentemente requerem hospitalização. Já as síndromes orgânico-cerebrais não psicóticas podem ser assistidas no lar. As doenças do cérebro ainda se manifestam em dois tipos clínicos: agudo e crônico. O quadro agudo é caracterizado por medo e desorientação, podendo estar presente depressão, delírios e alucinações, mas o paciente é sempre medroso e desorientado; o quadro crônico caracteriza-se pelo fenômeno de liberação com modificação completa da personalidade. Aparecem a liberação do comportamento, e a liberação neurológica, estando presente a liberação dos níveis inferiores de funcionamento cerebral do controle dos centros mais elevados com os sintomas de disartria (articulação imperfeita da fala), incontinência (liberação do controle da bexiga) e reflexo de Babinski. Também podem levar de uma incapacidade relativa até uma incapacidade absoluta dependendo do grau da deficiência mental e do discernimento do indivíduo.

6.2.4 Neuroses

SOLOMON e PACTH (1975, 217-234) informam que as neuroses constituem o exagero dos sintomas que todos nós às vezes sentimos devido às emoções, e não às doenças orgânicas. As causas compreendem conflitos, freqüentemente inconscientes, profundamente localizados e com raízes na infância. As variedades são bastante descritivas e compreendem: ansiedade, histeria, fobia, depressão e obsessão-compulsiva. O tratamento pode ser de apoio (sintomático) ou de conscientização. No primeiro se incluem: medicação, reafirmação, reeducação e técnicas de comportamento de grupo; no segundo caso requer a conscientização de conflitos inconscientes.

Para MEZER (1978, 118-133), a neurose é caracterizada pela presença de angústia. É sempre devida a conflitos emocionais precoces na vida, especialmente que envolvam sentimentos não resolvidos durante o complexo de Édipo, quando foram reprimidos no inconsciente; a dificuldade neurótica é precipitada pelo restabelecimento do conflito emocional original. Embora as neuroses sejam caracterizadas por um certo número de traços positivos, é a falta de certas características que as diferenciam de todas as outras dificuldades de personalidade e emocionais, e que permite ao psiquiatra fazer o diagnóstico diferencial.

O primeiro traço negativo é a ausência de patologia orgânica etiologicamente significativa. Mesmo que o neurótico, como qualquer outro, possa ter patologia orgânica, esta não pode ter uma significação etiológica nos sintomas neuróticos.

Um segundo traço negativo da neurose é a ausência de deficiência mental, pois são inteligentes como os normais, ou mais inteligentes ainda

Um terceiro traço, que falta ao neurótico, é que nele o sentido de realidade está intacto, se bem que algo deformado. Desta maneira, os psiquiatras diferenciam as neuroses das psicoses esquizofrênicas (esquizofrenia), da psicose involutiva de tipo paranóide, das psicoses com doença orgânica cerebral, da psicose maníaco-depressiva, da melancolia involutiva e da psicose involutiva de tipo paranóide.

Em quarto lugar, vem a ausência de patologia de humor fundamental, que está presente na melancolia involutiva e na psicose maníaco-depressiva. Todavia, estão incluídas no grupo neurótico as doenças afetivas, nas quais a patologia do humor é secundária, tais como a depressão reativa e reação de pesar retardado. O diagnóstico de neurose é feito determinando, em primeiro lugar, a ausência destes quatro traços e, então, a presença de um ou mais traços positivos que dividem as neuroses em vários subgrupos, como angustia, obsessão, compulsão e neurose histórica. As neuroses geralmente podem levar a uma incapacidade relativa, por isso rejeitam-no aquelas pessoas que procuram atendimento psiquiátrico em busca de diagnóstico que lhes permita aposentadoria integral.

6.2.5 Distúrbios da personalidade

Os pacientes com distúrbios de personalidade também são apresentados por MEZER (1978, 109-114), e caracterizam-se pelo defeito no superego. Apresentam padrões vitalícios de comportamento de um tipo de ajustamento defeituoso. A segunda edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders citado por MEZER(1978, 109-114) relaciona nove tipos diferentes de distúrbios de

personalidade junto com problemas de desvio sexual, alcoolismo, e dependência de tóxicos. A personalidade anti-social, habitualmente estabelecida nos primeiros anos de vida, pode tornar-se uma forma permanente de vida para o indivíduo. Em certo número de casos, o impulso para atividade anti-social parece extinguir-se pela metade da década dos trinta ou pouco depois dos quarenta. Para melhor entender o que seja uma personalidade anti-social, usa-se um exemplo fictício mais explicativo e que pode ser encontrado a qualquer momento. A personalidade anti-social demonstra dificuldade de ajustamento à vida desde cedo. Durante o período oral, pode apresentar problemas de alimentação, cuspidando em seus pais. Na fase anal tem dificuldade de treinamento intestinal. Por volta de três anos se torna uma criança problema, que pode mostrar comportamento agressivo, dando pontapés nas canelas de seus pais, dizendo nomes feios ou com problema de comportamento, recusando-se a obedecer às ordens, mentindo ou roubando com acessos de raiva. Quando entra na escola, com 5 ou 6 anos, freqüentemente são gazeteiros de aula, viajam dependurados em ônibus ou caminhão, tentam obter alguma coisa de graça. No começo da adolescência, se reúnem em gangues, invadem tendas de frutas, assaltam armazém, roubam coisas da loja, aprendem a jogar a dinheiro. Entre os 14 a 16 anos se tornam sexualmente ativos de forma promíscua e anti-social, e, no fim da adolescência, entregam-se a furto, assalto, arrombamento, falsificação, assassinato, rapto e roubo. Nessa época, estão completamente preparados para as prisões, instituições penais e reformatórios que habitarão periodicamente pelo resto de seus dias. Esses indivíduos geralmente são responsáveis, podendo no máximo ser considerados incapazes parcialmente.

Apresentado os diversos tipos de doenças mentais que levam a alguma incapacidade, o que será retomado ainda neste capítulo, passa-se agora, para considerações sobre a proteção dos incapazes, aí incluindo representação, nulidade, curatela e interdição.

6.3 Da proteção dos incapazes

6.3.1 Da representação

Viu-se, anteriormente, que a incapacidade, oriunda de certos fatos objetivos, como a idade e a saúde, não suprime a capacidade de gozo ou de direito, que é suprida pelo instituto da representação. A palavra representação efetivamente tem muitos significados. No Dicionário Jurídico da Academia Brasileira de Letras Jurídicas, encontra-se:

“Representação. vínculo de uma pessoa a outra, de modo que a vontade da primeira, em todos ou em certos atos da vida civil, seja identificada com a vontade da última, e que é estabelecido tanto por decisão do representado (representação voluntária, convencional ou negocial), como por imperativo da lei (representação legal ou necessária)”.

Para MONTEIRO (1976, 180), a representação é relação jurídica pela qual determinada pessoa se obriga diretamente perante terceiro, através de ato praticado em seu nome por um representante ou intermediário. Identifica o autor três categorias de representantes: legais, convencionais e judiciais. Representantes legais são aqueles a quem a própria lei confere poderes para administrar bens de outrem, como pais, tutores e curadores, em relação a filhos menores, pupilos e curatelados. Representantes convencionais são os representantes munidos de mandato, expresso ou tácito, verbal ou escrito, do representado, como os procuradores (no contrato de

mandato) e o comissário (no contrato de comissão mercantil). Já os representantes judiciais são nomeados pelo juiz para o exercício de certo cargo no foro ou no processo, como inventariante, o síndico e o curador de herança jacente.

Está claro que interessa a representação legal, e o artigo 84 do Código Civil ensina como se realiza essa representação:

Art. 84. As pessoas absolutamente incapazes serão representadas pelos pais, tutores ou curadores em todos os atos jurídicos; as relativamente incapazes pelas pessoas e nos atos que este Código determina.

Complementando esse artigo, poder-se-ia também apresentar o artigo 384, inciso V do Código Civil, que assim determina especialmente em relação aos menores:

Art. 384. Compete aos pais, quanto à pessoa dos filhos menores:

.....

V. Representá-los, até os 16 anos, nos atos da vida civil, e assisti-los, após essa idade, nos atos em que forem partes, suprindo-lhes o consentimento.

Claro, portanto, se torna que os absolutamente incapazes serão representados pelos seus curadores em todos os atos da vida civil.

6.3.2 Das nulidades

Com referência às nulidades, o Código Civil, apresenta a proteção dos absolutamente incapazes nos limites impostos pela lei. MONTEIRO (1976, 265), ao distinguir as nulidades absolutas e as relativas, ensina que as nulidades absolutas (previstas pelo art. 145) são muito mais graves, muito mais profundo é o atentado à ordem pública, interesse da própria coletividade, enquanto a anulabilidade (art. 147) é decretada no interesse privado da pessoa prejudicada; a nulidade não pode ser suprida pelo juiz, embora a pedido de todos os interessados, enquanto a anulabilidade pode ser suprida pelo juiz a requerimento das partes, ou sanada, expressa ou tacitamente, pela ratificação; a nulidade pode e deve ser decretada de ofício, enquanto a anulabilidade há de ser pronunciada mediante provocação da parte, não podendo ser decretada “ex officio” pelo juiz; a nulidade pode ser decretada não só a pedido dos interessados, como também do órgão do Ministério Público, quando lhe caiba intervir, enquanto a anulabilidade pode ser alegada e promovida pelos prejudicados com o ato, ou por seus legítimos representantes; a nulidade não prescreve, ou se prescreve, será no maior prazo previsto em lei, a anulabilidade é prescritível, em prazos mais ou menos exíguos; a nulidade, quase sempre, opera “pleno jure”, ressalvada a hipótese em que se suscite dúvida sobre a existência da própria nulidade, caso em que se tornará imprescindível a propositura de ação para o reconhecimento de sua ocorrência, pois a ninguém é lícito fazer justiça pelas próprias mãos, a anulabilidade deve ser sempre pleiteada através de ação judicial

6.4 A curatela do doente mental

O Código Civil também trata da curatela nos seguintes artigos:

1

Art. 446. Estão sujeitos a curatela:

- I. Os loucos de todo o gênero (arts. 448, n.I 450 e 457).
- II. Os surdos-mudos, sem educação que os habilite a enunciar precisamente a sua vontade (arts. 451 e 456).
- III. Os pródigos (arts. 459 e 461).

Art. 447. A interdição deve ser promovida:

- I. Pelo pai, mãe ou tutor.
- II. Pelo cônjuge, ou algum parente próximo.
- III. Pelo Ministério Público.

Art. 448. O Ministério Público só promoverá a interdição:

- I. No caso de loucura furiosa.
- II. Se não existir, ou não promovera interdição alguma das pessoas designadas no artigo antecedente, ns. I e II.
- III. Se existindo, forem menores, ou incapazes.

Art. 449. Nos casos em que a interdição for promovido pelo Ministério Público, o juiz nomeará defensor ao suposto incapaz. Nos demais casos o Ministério Público será o defensor.

Art. 450. Antes de se pronunciar acerca da interdição, examinará pessoalmente o juiz o argüido de incapacidade, ouvindo profissionais.

Art. 451. Pronunciada a interdição do surdo- mudo, o juiz assinará, segundo o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela.

Art. 452. A sentença que declara a interdição produz efeitos desde logo, embora sujeita a recurso.

Art. 453. Decretada a interdição, fica o interdito sujeito à curatela, à qual se aplica o disposto no capítulo antecedente, com a restrição do art. 451 e as modificações dos artigos seguintes.

Art. 454. O cônjuge, não separado judicialmente, é, de direito, curador do outro, quando interdito (art. 455).

Parágrafo primeiro. Na falta do cônjuge, é curador legítimo o pai; na falta deste, a mãe, e, na desta, o descendente maior.

Parágrafo segundo. Entre os descendentes, os mais próximos procedem aos mais remotos, e, dentre os de mesmo grau, os varões as mulheres.

Parágrafo terceiro. Na falta das pessoas mencionadas, compete ao juiz a escolha do curador.

Art. 455. Quando o curador for o cônjuge, não será obrigado, a apresentar os balanços anuais, nem fazer inventário, se o regime de casamento for o da comunhão, ou se os bens do incapaz se acharem descritos em instrumento público, qualquer que seja o casamento.

Parágrafo primeiro. Se o curador for o marido, observar-se-á o disposto nos arts. 233 a 239.

Parágrafo segundo. Se for a mulher a curadora, observar-se-á o disposto no art, 251, parágrafo único.

Parágrafo terceiro. Se for o pai, ou mãe, não terá aplicação o disposto no artigo 435.

Art. 456. Havendo meio de educar o surdo-mudo, o curador promover-lhe-á o ingresso em estabelecimento apropriado.

Art. 457. Os loucos, sempre que parecer inconveniente conserva-los em casa, ou o exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado.

Art. 458. A autoridade do curador estende-se á pessoa e bens dos filhos do curatelado, nascidos ou nascituros (art. 462, parágrafo único)

x

Mesmo que estejam suficientemente claros, cabem algumas considerações sobre o assunto. É necessário compreender, em principio, que todo indivíduo maior ou emancipado deve por si mesmo reger sua pessoa e administrar seus bens. Há pessoas, entretanto, que, em virtude de doença ou deficiência mental, se acham impossibilitadas de cuidar dos próprios interesses. A curatela, como já vimos, é portanto o encargo deferido por lei a alguém para reger a pessoa e administrar os bens de outrem, que não pode fazê-lo por si mesmo. Não se confunde a curatela com a tutela. A curatela normalmente incide sobre indivíduos maior de idade, privados de discernimento em face de uma doença mental que lhe tira a capacidade civil enquanto a tutela recai tão-somente, sobre menores.

x

6.5 Da interdição dos absolutamente incapazes

No capítulo da Curatela e Interditos o Código de Processo Civil, nos artigos 1177, 1178 e 1179 praticamente repete os artigos 446 e seguintes do Código Civil, só vindo fazer referências da forma como se procede a interdição a partir do artigo 1180, conforme veremos a seguir:

Art. 1180. Na petição inicial, o interessado provará a sua legitimidade, especificará os fatos que revelam a anomalia psíquica e assinalará a incapacidade do interditando para reger a sua pessoa e administrar seus bens.

Art. 1181. O Interditando será citado para, em dia designado, comparecer perante o juiz, que examinará, interrogando-o minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens e do mais que lhe parecer necessário para ajuizar do seu estado mental, reduzidas a auto as perguntas e respostas.

Art. 1182. Dentro do prazo de cinco (5) dias contados da audiência de interrogatório, poderá o interditando impugnar o pedido.

Parágrafo 1. Representará o interditando nos autos do procedimento o Órgão do Ministério Público ou, quando for este o requerente, o curador a lide.

Parágrafo 2. Poderá o interditando constituir advogado para defender-se.

Parágrafo 3. Qualquer parente sucessível poderá constituir-lhe advogado com os poderes judiciais que teria se nomeado pelo interditando, respondendo pelos honorários.

Art. 1183. Decorrido o prazo a que se refere o artigo antecedente, o juiz nomeará perito para proceder ao exame do interditando. Apresentado o laudo, o juiz designará audiência de instrução e julgamento

Parágrafo único. Decretando a interdição o juiz nomeará curador ao interdito.

Art. 1184. A sentença de interdição produz efeito desde logo, embora sujeita a apelação. Será inscrita no Registro de Pessoas Naturais e publicada pela Imprensa local e pelo órgão oficial por 3 três vezes, com intervalo de 10 dias, constando do edital os nomes do interdito e do curador, a causa da interdição e os limites da curatela.

Art. 1185. Obedecerá às disposições dos artigos antecedentes, no que for aplicável, a interdição do pródigo, a do surdo-mudo sem educação que o habilite a enunciar precisamente a sua vontade e a dos viciados pelo uso de substâncias entorpecentes quando acometidos de perturbações mentais.

Art. 1186. Levantar-se-á a interdição cessando a causa que a determinou.

Parágrafo 1. O pedido de levantamento poderá ser feito pelo interdito e será apensado aos autos de interdição. O juiz nomeará perito para proceder ao exame de sanidade no interdito e após a apresentação do laudo designará audiência de instrução e julgamento.

Parágrafo 2. Acolhido o pedido, o juiz decretará o levantamento da interdição e mandará publicar a sentença, após o trânsito em julgado, pela imprensa local e órgão oficial por três 3 vezes, com intervalo de dez 10 dias, seguindo-se a averbação no Registro de Pessoas Naturais.

Após apresentar-se os artigos do Código de Processo Civil, segue-se a jurisprudência de TEIXEIRA (1993, 627) sobre interdição dos absolutamente incapazes:

“A incapacidade civil só pode ser declarada em processo de interdição no juízo competente, não através de perícia médica na ação de desquite ou de sua conversão em divórcio” (RE 92776, STF, Rel. Min. Cordeiro Guerra, RTJ 97874).

TEIXEIRA (1993, 628) observa que se pode adotar procedimento mais simplificado, como recomendam Edson Prata (“Comentários”, Forense) e Rogério Lauria Tucci (“Procedimentos e outros temas de direito processual civil”, Bushatsky, 1976), inclusive fazendo anteceder o exame pericial ao interrogatório. Este, no entanto, é imprescindível, salvo motivo de força maior. Além de outros esclarecimentos, o perito responde se o interditando sofre de doença mental, e, em caso afirmativo, se a doença mental do paciente o coloca em estado de incapacidade para reger sua pessoa e administrar seus bens.

Clareando o assunto Teixeira apresenta outras Jurisprudência:

“Anula-se parcialmente o processo de interdição se o juiz não procedeu ao exame pessoal, acompanhado do interrogatório da interditanda e admitiu como peritos judiciais facultativos que antes haviam emitido parecer, nos próprios autos, contrário ao acolhimento do pedido inicial, contratados pelo marido da doente, diretamente interessado no desfecho da causa” (Ap. 234947, TJSP, Rel. Tomaz Rodrigues, RE 252/187)

“Incapacidade civil. Interdição. Prodigalidade. Laudo pericial. Não está o Juiz adstrito ao laudo dos profissionais, podendo formar convicção pelas demais provas, inclusive pela inspeção judicial. Incorrência de ofensa aos arts. 450 e 1183 do CPC. O reexame das provas, por outro lado, é incorpotável na via extraordinária. RE não conhecido”(RE 92040, Rel. Min. Raphael Mayer, Juriscivel 105/158).

Assim o processo de interdição inicia-se com a petição inicial, na qual o interessado provará sua legitimidade, especificará os fatos que revelam a anomalia psíquica e assinalará a incapacidade do interditando para reger a sua pessoa e administrar os seus bens. O interditando será citado para receber a peça vestibular; contudo, quando não tiver condições para recebê-la, em razão da sua própria anomalia psíquica, alguns autores aconselham proceder como no processo de conhecimento, nomeando médico para a atestação e curador para receber a citação, conforme prevê o parágrafo 3 do artigo 218 do Código de Processo Civil. Se o oficial de justiça verificar que o interditando, sem maiores dificuldades poderá comparecer a interrogatório, determinará que o seu responsável ou quem o tenha sob seus cuidados o conduza no dia e hora marcados. Se verificada a impossibilidade, informará ao juiz, para que ele vá até onde se encontre o interditando. Diante do juiz, este o examinará, interrogando-o minuciosamente acerca de sua vida, negócios, bens e do mais que lhe parecer necessário para ajuizar do seu estado mental. Trata-se de uma inspeção judicial indispensável. Se o interditando não tiver condições de entender as perguntas e formular respostas, o juiz fará constar tais circunstâncias do termo. Dentro do prazo de 5 dias contados da audiência de interrogatório, poderá o interditando impugnar o pedido, nomeando, inclusive, advogado, se quiser. Representará o interditando nos autos o Ministério Público ou, quando for este o requerente, o curador à lide nomeado pelo juiz. Também poderá constituir-lhe advogado o parente sucessível do interditando com os poderes que teria se nomeado pelo interditando, respondendo contudo pelos honorários do advogado. Se o interditando impugnar o pedido, instaura-se o contraditório, sem que com isso o procedimento se converta em processo de jurisdição contenciosa. Pode haver controvérsia sem lide, porque não há conflito de interesses sobre a capacidade que é qualidade de ordem pública, apesar de poder haver divergência de opiniões quanto a ela.

Decorrido o prazo, com ou sem impugnação, o juiz, obrigatoriamente, deve nomear perito-médico, para exame do interditando. A perícia faz-se pela forma comum, podendo as partes indicar assistente técnico, dentro de cinco dias, contados da intimação do despacho de nomeação do perito e apresentar quesitos conforme está previsto pelo artigo 421 e seguintes do Código de Processo Civil, na matéria que trata da prova pericial.

Com a apresentação do laudo pelo perito, o juiz designará audiência de instrução e julgamento, o que poderá ser dispensado, se dela não houver necessidade. A dispensa ocorrerá nos casos em que o interditado apresente, por exemplo, uma deficiência mental severa.

Parte respeitável da doutrina vem defendendo que a sentença que declara a interdição tem a natureza constitutiva, já que estaria criando um estado novo que é de interdição. O certo é que a declaração de interdição provoca situação nova, de efeitos tão generalizados que, a partir dela, todos os atos do interdito são nulos ou anuláveis, conforme o seu grau respectivo, mas não fixando termo anterior, de forma a envolver o que já se praticara. Mesmo o que já se fez não deixa de padecer de nulidade, a questão é de simples prova, devendo a rescisão do ato ou a declaração de nulidade ser pronunciada individualmente, muito embora não se possa negar que a sentença de interdição é forte indicio de mácula dos atos praticados em seu limiar. A sentença de interdição é apelável, mas produz seus efeitos desde logo. Nomeando o juiz o curador, este assume seu encargo, entrando em vigor todas as restrições decorrentes do decisum. Ainda que o recurso seja provido, no período que vai da sentença ao julgamento recursal, são nulos ou anuláveis os atos praticados pelo interdito. Quando a sentença revelar ilegalidade manifesta ou abuso de direito, é admissível o mandado de segurança de qualquer prejudicado que revele interesse,

para que se dê efeito suspensivo no recurso. A sentença ainda será inscrita no Registro de Pessoas Naturais e publicada pela imprensa local e pelo órgão oficial, por três vezes, com intervalo de 10 dias, constando do edital o nome do interdito e do curador, a causa da interdição e os limites da curatela.

O processo de interdição corre em segredo de justiça até a publicação, para a proteção da pessoa do interditando. A interdição será levantada a pedido do interditando, pelo curador ou por procurador, e será apensada aos autos da interdição. O juiz nomeará perito para proceder ao exame de sanidade do interditando, obedecendo ao mesmo trâmite já mencionado, e após a apresentação do laudo, designará audiência de instrução e julgamento, se necessária. Acolhido o pedido, o juiz decretará o levantamento da interdição e mandará publicar a sentença, após o trânsito em julgado, pela imprensa local e órgão oficial, da mesma forma que a sentença de interdição, seguindo-se a averbação no Registro de Pessoas Naturais. A sentença e o que determina o seu levantamento faz coisa julgada “erga omnes”, porque é relativa à questão de estado da pessoa, conforme está previsto no artigo 472 do Código de Processo Civil.

6.6 Incapacidade: necessidade de propor mudança

Nos subitens anteriores apresentou-se o Código Civil tratando daqueles considerados absolutamente incapazes, e verificou-se que a expressão “**louco de todo o gênero**” vem sido combatida por mais de 60 anos sem chegar a uma expressão que viesse substituí-la com vantagem. A mesma expressão hoje é pacífica e tranqüila à hermenêutica, no sentido de que a incapacidade por loucura resulta de todo mau funcionamento dos centros cerebrais em razão da enfermidade, lesão, acidente, dependência, que implique supressão do entendimento da vontade, ou

redução do discernimento a ponto de comprometer a conduta, tornando o indivíduo inapto a reger sua pessoa e administrar seus bens.

Até se poderia sustentar que os processos de interdição são mais comuns hoje para indivíduos que sofrem de um acidente vascular cerebral ou qualquer outro quadro neurológico, enfarte do miocárdio. que de indivíduos que tenham problemas mentais e estejam sendo interditados. Na prática profissional, junto ao Escritório Modelo de Assistência Jurídica da Universidade Federal de Santa Catarina, ou mesmo na militância dos Tribunais, eram comuns as inspeções judiciais, com deslocamento até os hospitais clínicos para acompanhar o juiz em processos de interdição provenientes de quadros cerebrais e cardíacos em pessoas que estavam totalmente impossibilitadas de se locomover, raciocinar, enfim decidir quaisquer atos da vida civil, como, por exemplo, assinar documento ou comparecer a um banco para receber a sua aposentadoria, comprar objetos pessoais.

Já se estava convicto de que seria quase impossível propor uma nova expressão para designar “**loucos de todo o gênero**” com vantagens, em face de tudo que já foi comentado, inclusive a experiência de Hélio Gomes, que, de adversário da expressão em seus livros de medicina legal, passou a defensor em suas palestras. Em função, e especialmente, por se constatar que os casos de interdição estão relacionados mais com casos clínicos que não envolvam quadros psiquiátricos, são propostas alternativas de mudanças, como, por exemplo:

São absolutamente incapazes:

Os indivíduos que, pela sua natureza, não podem praticar atos da vida civil;

Os indivíduos que, pela natureza de sua incapacidade, não podem praticar atos da vida civil;

Os indivíduos que, pela natureza de sua doença, não podem praticar atos da vida civil.

Na realidade, não se está propondo somente uma expressão, mas uma frase que além de substituir a **“louco de todo o gênero”**, apresente, com vantagem, melhor entendimento do que se quer e deseja, além de se constituírem em expressões que não ferem tanto as pessoas que a lêem.

Segundo o dicionário, a palavra natureza significa:

“conjunto dos seres que formam o universo; força ativa que estabeleceu e conserva a ordem natural de quanto existe; ordem natural do universo; essência ou condição própria de um ser; temperamento; caráter; índole; constituição de um corpo, condição do homem anteriormente à civilização; objeto real de uma pintura ou escultura”.

Da definição do dicionário natureza poderíamos retirar aquele sentido que está mais próximo do nosso assunto:

natureza = essência ou condição de um ser; temperamento, caráter, índole; constituição de um corpo.

Veja-se também a palavra:

doença = falta de saúde; perturbação da saúde; mal; moléstia; enfermidade;

incapacidade = inaptidão; inépcia;

incapaz = impossibilitado; inábil; ignorante;

ato = aquilo que se fez; ação; declaração, divisão de uma peça teatral; fazer--de presença; comparecer e demorar-se pouco;

vida civil = complexo de atividades do indivíduo, pautadas pela ordem jurídica.

Das três expressões, concorda-se que a primeira já seria adequada, ou seja: São absolutamente incapazes: **“Os indivíduos que, pela sua natureza, não podem praticar atos da vida civil”**.

Como a natureza refere-se à essência e à condição de um ser; temperamento; caráter; índole e constituição de um corpo, não é necessário que se constate doença, incapacidade ou qualquer outra condição psíquica de um indivíduo, que já estaria incluída dentro daquela, bastando que ele não possa praticar atos da vida civil.

Desta forma, poder-se-ia até imaginar que a proposta apresentada seria por demais simplória, uma vez que em tantos anos não houve sugestão semelhante. Contudo, deve-se ter em mente que todos os estudiosos do assunto ficaram sempre procurando expressões dentro dos termos psiquiátricos e, por isso, não vislumbraram forma semelhante. De qualquer maneira, a questão é complexa, e a discussão sobre o assunto continuará por muitos anos.

Além da proposta apresentada, com referência ao Código Civil e demais legislação específica de proteção ao doente mental à parte civil, poder-se-ia concluir

também que o Estado, que é responsável por legislar, ao manter no Código Civil uma denominação ou descrição tão obsoleta, fatalmente está contribuindo para que não ocorram mudanças na assistência psiquiátrica, impedindo ou não facilitando que ela se modifique, com o fechamento de hospitais psiquiátricos estatais custodiais, com a criação de outras alternativas como hospitais dia e noite, lares e pensões protegidas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, como estão previstos na legislação em trâmite no Congresso Nacional.

O capítulo seguinte trata dos direitos dos internados, obstáculos para mudanças, relações do Estado e seus agentes com os hospitais, profissionais e indivíduos e contempla a comparação dos dispositivos legais que se referem ao doente mental com a Constituição, e, finalmente, aborda o Estado favorecendo a assistência custodial.

CAPÍTULO 7

AS RELAÇÕES DO ESTADO COM A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

7.1 Direitos dos internados, obstáculos para as mudanças, relações do Estado e seus agentes com os hospitais, profissionais e indivíduos.

Quando se escolheu trabalhar o assunto doença mental, assistência psiquiátrica e as leis de proteção ao doente mental, tinha-se como preocupação a assistência prestada nessas instituições e os direitos individuais de seus internados, dada a experiência acumulada em 17 anos de trabalho em uma instituição psiquiátrica . O conhecimento teórico adquirido através da literatura nacional e internacional, aliado a prática, levaram o autor a questionar, inclusive, as formas como as pessoas são conduzidas às instituições psiquiátricas, especialmente aos hospitais da área pública. A apresentação de um comportamento considerado “anormal” por parte de uma pessoa, como, por exemplo, uma simples depressão ou alteração de conduta, são suficientes para que o Estado, chamado a intervir, através de seus agentes, a conduza a um hospital psiquiátrico contra sua vontade. Ali ingressando, ela sofrerá uma série de violências por parte da psiquiatria que nas palavras de SZASZ (1976, 256) podem assim ser expressadas:

“A psiquiatria institucional – que sempre afirmou ser uma parte da medicina, e por sua vez, foi aceita por ela como uma de suas especializações – foi criada, e tem sido sempre uma empresa semitotalitária e coletivista, em que o médico serve ao Estado, e não ao paciente. Assim como a Instituição de escravidão negra tinha corrompido a ética libertária da democracia americana, a psiquiatria institucional

a ética libertária da democracia americana, a psiquiatria institucional corrompeu a ética individualista da Medicina ocidental. A medicina aceitou essa ética apenas quando servia a seus objetivos – isto é, quando o paciente voluntariamente procurava os serviços do médico. Quando o suposto paciente se recusava fazê-lo, e, em vez disso, era entregue ao médico para ‘tratamento’ pelo Estado – o médico aceitava esse novo papel sem protesto”.

Tal realidade americana não foge aos nossos padrões brasileiros, nos quais a profissão psiquiátrica tem, obviamente, um enorme apoio e encontra-se autorizada a tratar dos doentes mentais. Na comparação de SZASZ (1980, 132), como a classe dos escravocratas tinha poder para dominar seus escravos, o perito psiquiatra ganha superioridade não somente sobre membros de uma classe específica de vítimas, mas sobre a quase totalidade da população, a quem pode “**psiquiatricamente avaliar**”. Sabe-se hoje que a classe dos médicos detém o poder completo sobre os pacientes e nem mesmo aos outros profissionais é permitido opinar sobre a recuperação ou alta de um internado. Tal poder, que em algumas instituições até parece estar mascarado com envolvimento e participação de uma equipe multi profissional, jamais tem arranhado o poder de decisão do médico psiquiatra. Tal comportamento simbiótico entre o médico e o Estado tem dificultado os avanços da psiquiatria e pode ser comprovado no hospital psiquiátrico onde se trabalhou. Quando se iniciaram as atividades com uma equipe composta de outros profissionais não-médicos, a filosofia dominante era a diminuição dos internados na instituição. Vez por outra, nesse período, podia até aumentar o número de pacientes, mas esforços eram envidados no sentido de reduzi-lo em uma etapa seguinte. Pelo que se tomou conhecimento nesses últimos tempos, hoje há um aumento considerável dos internados com criação de novas enfermarias que antes eram fechadas. Na realidade, o aumento dos pacientes está relacionado com o pró-labore recebido pelos médicos, que é calculado com base no número de pacientes internados. Daí a pergunta: a

quem interessa manter os hospitais psiquiátricos com características custodiais? Quem mais pode beneficiar-se com os hospitais psiquiátricos nas condições atuais, além dos já citados, são os proprietários de grandes clínicas e hospitais particulares que criaram a indústria da doença mental que à semelhança dos hospitais psiquiátricos estatais, mantêm assistência custodial a doentes mentais que só servem como fonte de lucro para a instituição. Esses grupos são tão fortes no Congresso Nacional que já dificultaram bastante a aprovação do Decreto-Lei número 8 de 1989 na Câmara dos Deputados, e continuam dificultando as mudanças no Senado. Manter às instituições psiquiátricas nas condições atuais interessaria também aos familiares dos pacientes que querem manter seus internados nestas instituições pelo resto de suas vidas, mas parece que o seu poder de organização não compromete as mudanças. Com relação aos outros funcionários dos hospitais psiquiátricos, poder-se-ia ouvir que eles têm medo de perder seus empregos e por isso poderiam lutar para que tudo continuasse como está, mas, como eles são funcionários públicos, estariam protegidos pela estabilidade.

É importante também deixar claro que as mudanças propostas nas instituições psiquiátricas estatais não implicariam fechá-las, mas sim não permitir a entrada de novos pacientes, criando novas alternativas de assistência como hospitais dias, pronto socorro psiquiátrico, leitos psiquiátricos em hospitais clínicos, pensões e lares protegidos. Enfim, a solução seria deixar esses hospitais custodiais estatais até que eles fossem gradativamente sendo desativados, permitindo que as novas instituições dessem um tratamento mais adequado, de respeito aos direitos individuais desses indivíduos que já vivem na marginalidade social. As pessoas que trabalham na psiquiatria conhecem o poder político dos prefeitos, vereadores e associações comunitárias, que é muito forte no sentido de fazer dos hospitais psiquiátricos a casa permanente dos doentes mentais. Já se vivenciou o esforço sobre-humano dos hospitais para levar os internados para seus familiares, entregando-os em casa. Além da dificuldade de recebê-los, no dia seguinte, com

apoio das autoridades municipais, estes indivíduos estariam novamente no hospital para reinternação, seguindo aquela expressão já conhecida **“lugar de louco é no hospício”**. A tentativa de mudar tal situação já existe por muitos anos, mas parece que os resultados ainda não foram alcançados. Só haverá mudanças quando as instituições psiquiátricas mudarem a concepção de tratamento e assistência da doença mental. Uma clínica de tratamento ou hospital nos moldes atuais não pode prestar-se para resolver os problemas sociais e de abandono dos marginalizados. Esta prática é denunciada por SZASZ (1970, 84):

“Com efeito a psiquiatria tem aceitado a função de abrigar os indesejáveis da sociedade. Tal afinal tem sido seu papel há muito. Há mais de cento e cinqüenta anos, o grande psiquiatra francês Philippe Pinel observou: ‘os asilos públicos para maníacos têm sido vistos como lugares de confinamento para membros que se tornaram perigosos para a paz da sociedade’”.

Quando se realizou o projeto da presente tese tinha-se como problema a ser respondido, se os hospitais psiquiátricos respeitam os direitos individuais de seus internados. Tal pergunta só pode ser respondida dentro de uma análise histórica, a partir da evolução inclusive da conceituação da doença mental e da psiquiatria. Para os romanos, que foram os maiores legisladores, aí incluindo a Lei das XII Tábuas, a preocupação estava relacionada especialmente com a proteção dos bens daqueles chamados de **“insanus”**, **“alienados”**. A concepção que deu origem aos códigos atuais era de que eles deviam ser protegidos pelo Estado: quando fossem ricos ficariam com seus familiares; se fossem pobres eram colocados em pavilhões anexos às cadeias, mas também acreditavam que não deviam ser punidos quando praticassem um crime, pois a própria doença se encarregaria de puni-los. Os hospitais psiquiátricos foram criados na França, Inglaterra na Idade Média. A partir do momento em que as portas dessas instituições se fechassem de lá jamais sairia

qualquer internado. O Estado os isolava e os custodiava pelo resto de seus dias, podendo-se até compará-los com os leprosos que eram mantidos em cavernas longe das pessoas para não contaminar os demais membros da Sociedade. Mais tarde, com a aprovação da primeira lei francesa legislativa de 1838, que o Estado, além da obrigação de custodiá-los também passou a tratá-los. A loucura recebe status de doença e passa a ter na psiquiatria a ciência protetora. Como no Brasil lei semelhante à francesa só foi criada em 1903, surgiu Teixeira Brandão, um dos mais importantes defensores dos direitos do doente mental. Teixeira Brandão reclamava dos maus-tratos dispensados aos loucos nas ruas, nas prisões, no transporte de pessoas a instituições custodiais sem leis para disciplinar tais procedimentos. Na realidade, como já foi visto, a primeira lei específica de proteção ao doente mental (decreto número 1.132, de 22 de dezembro de 1903) só foi aprovada graças à sua participação e intervenção no Congresso Nacional. Mas suas esperanças de que a lei resolvesse a violação dos direitos do doente mental não foram concretizadas. Veio a segunda lei, o Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, e tudo continuou como antes. Aliás, diga-se de passagem, essas leis muito pouco foram conhecidas, e se não foram conhecidas, não se podia esperar que ajudassem a superar os preconceitos e tabus que persistem até hoje. Acredita-se que profissionais habilitados e com pleno conhecimento dos aspectos legais poderiam modificar profundamente a situação atual no que se refere à discussão e conscientização dos profissionais da área sobre o que existe e o que se propõe em matéria de assistência, direito dos internados, possibilidade de mudanças na assistência, vantagens da mudança da assistência criando novos serviços. E hoje, no limiar do terceiro milênio, nova lei encontra-se no Senado Federal, aprovada na Câmara de Deputados, apresentando uma série de avanços especialmente no que concerne aos direitos individuais dos internados em hospitais psiquiátricos, segundo se comenta, por não haver discussão com a participação da comunidade e especialmente das classes profissionais, será mais uma lei a ser defendida por uns poucos, que clamarão pela sua aplicação. Se não for aprovada, continuará tudo como está, onde prevalece a idéia de que a lei atual é

ruim, desatualizada mas ninguém a conhece, e nem mesmo aquilo que tem de bom é colocado em prática.

Dentro desse contexto histórico e dessa realidade percebe-se que o empenho de alguns não é suficiente para modificar as instituições psiquiátricas e melhorar a vida dos seus internados. Como já viu-se anteriormente, pessoas com boas intenções têm procurado as mudanças no aspecto legal para ver se atingem seu destino, que são os hospitais psiquiátricos. Mas parece que isso não está acontecendo. O Estado, através de seus agentes policiais, leva pessoas para os hospitais psiquiátricos que continuam assistindo-os sem a mínima preocupação com seus direitos de cidadão e que deviam receber um mínimo de respeito e zelo. Na realidade, é possível que ocorra alguma mudança, especialmente porque o abandono desses hospitais psiquiátricos é tão grande que num gesto extremo de desespero podem vir a ser fechados. Ou que se deixe de ali investir, o que poderá ocorrer pelas suas dificuldades, mas não por uma decisão política consciente dos governantes. Não que se esteja sendo pessimista em relação à condição dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos. Mas a realidade mostra tal situação só não se modifica porque beneficia uma classe que tem ali seus interesses. Os profissionais médicos continuam a duplicar, triplicar ou quadruplicar seus salários com o pró-labore pelo atendimento individual de cada paciente internado. Poderiam eles diminuir sua renda por um ato de abnegação, humildade, idealismo e respeito por aqueles indivíduos ali internados?

Parece ser muito difícil. Nem mesmo a participação de outros profissionais que lá trabalham e que não recebem o mesmo benefício até hoje foi o suficiente para convencer as autoridades de que o corporativismo e o interesse econômico só tem prolongado a assistência psiquiátrica atual e evitado todas as chances de mudanças que alguns idealisticamente procuram realizar.

A violência das condições em que vivem os internados em hospitais psiquiátricos descrita na Introdução, capítulo I e II, e por isso não serão repetidas. Claro está que trata de violação aos mais elementares direitos individuais. Quando se menciona anteriormente a expectativa possível de mudança em face do abandono dessas instituições, não significa que se está de acordo com o que está acontecendo. Trata-se, antes, de uma previsão do que poderá ocorrer em função do descaso e da falta de coragem dos governantes para tomar atitudes adequadas no momento oportuno, eliminando as distorções que provocam intranquilidade no meio social.

Mas, retornando à condição dos indivíduos na sociedade, verifica-se que o Estado, por seus representantes, ao defrontar-se com situações em que um indivíduo provocou uma contravenção ou delito, especialmente crimes relacionados com o tráfico de drogas, age rigorosamente de acordo com o estabelecidos pelo inciso LXI da Constituição Brasileira que determina: **“ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente...”**

Este preceito constitucional assegura a liberdade física da pessoa. Em princípio ninguém pode ser preso, exceto nos casos permitidos pela lei fundamental. Este preceito procede da Magna Carta de 1215, tópico 39, raiz e fundamento do instituto do “habeas corpus” do tempo em que o Rei João Sem Terra (1209-1216), da Inglaterra, esteve no poder; rei corrupto e arbitrário, que levou à exasperação máxima os barões feudais. Ainda que pela força, os barões revoltados entraram em Londres em 24 de maio de 1215 e, um mês depois, conseguiram obter do soberano o ATO a que se deu o nome de Magna Carta, que reza em uma de suas traduções: **“Nenhum homem livre será preso, ou detido em prisão ou privado de suas terras ou posto fora delas ou banido ou de qualquer maneira molestado; e não procederemos contra ele, nem o faremos vir, a menos que por julgamento legítimo de seus pares e pela lei da terra”.**

O trecho em inglês de oito séculos, queria impedir a prisão do homem sem culpa formada, inocente, até prova em contrário.

Do artigo constitucional pode-se extrair dentro das palavras chaves as **expressões “em flagrante delito”** que a ordem jurídica ordinária processual penal define; é perseguido logo após, pela autoridade, pelo ofendido ou por qualquer pessoa, em situação que faça presumir ser autor da infração; é encontrado, logo depois, com instrumentos, armas, objetos ou papéis que façam presumir seja autor da infração.

A seguinte expressão chave é a “ordem escrita fundamentada de autoridade judiciária competente”, a prisão ordenada de “viva voz” é ilegal configurando abuso de poder. É tradição do Direito que a ordem escrita da autoridade seja também fundamentada, motivada e justificada com os motivos que levaram à prisão. Somente a autoridade judiciária tem competência para determinar a prisão, constituindo-se em uma das garantias do cidadão contra a prisão ilegal ou o abuso do poder.

Também o inciso XI do artigo quinto, que considera que “a casa é asilo inviolável do indivíduo” é um dos motivos por que os agentes do Estado não prendem ou detêm pessoas que cometeram crime, mas quando se trata de um indivíduo que porventura tenha apresentado qualquer alteração em seu comportamento, os agentes do Estado são chamados, e agem como se as pessoas pudessem serem arrastadas de suas casas durante a noite, ou mesmo durante o dia, sem uma autorização judicial.

Diante do exposto, conclue-se que também o Estado, apresentado pelos seus agentes, no atendimento a uma pessoa que apresente intercorrência psiquiátrica, deixa de cumprir o inciso constitucional pois essas pessoas são detidas e

transportadas em carros da polícia para os hospitais psiquiátricos. Se o ingresso num hospital psiquiátrico se dá voluntariamente ou não, a sua saída de lá não dependerá jamais da sua vontade. SZASZ (1980, 111-158), ao tratar dos internamentos involuntários, tem sustentado que o confinamento, isto é, a detenção de pessoas em instituições psiquiátricas contra a sua vontade, é uma forma de aprisionamento contrário aos princípios morais incorporados à Declaração de Independência e a Constituição dos Estados Unidos, e uma violação crassa dos conceitos contemporâneos de direitos humanos fundamentais. Para SZASZ, desde sua origem, há aproximadamente três séculos, o confinamento dos insanos tem gozado de apoio igualmente difundido entre médicos, advogados e leigos. Têm se afirmado a conveniência terapêutica e a necessidade social da Psiquiatria Institucional.

No Brasil, parece que não se repete a realidade americana. Em sua outra obra, SZASZ (1976, 79) relata que em muitos estados norte-americanos, os médicos têm poder para prender uma pessoa num hospital psiquiátrico por um período que pode ir até 15 dias, sem ordem judicial, e pela vida toda, com uma ordem judicial. Talvez pelas características de nosso povo e a forma de enfrentar as situações aqui no Brasil, não se chega aos rigores americanos, inclusive decisões de tribunais que desconhecem o direito do “habeas corpus” aos internados. Mas, mesmo assim, existem exemplos constantes de pessoas que tentaram e muitos até conseguiram que seus familiares ficassem internados pelo resto de suas vidas em hospitais psiquiátricos. Contudo, não se pode creditar essas situações ao Poder Judiciário, a não ser nos casos legais já discutidos, como a medida de segurança no capítulo V.

Alegar que o transporte do indivíduo contra a sua vontade ou mesmo por interferência de familiares, a uma Instituição psiquiátrica de custódia não se constitui num ato de abuso de poder, ou uma prisão ilegal, na realidade é contrariar tudo que se viu até agora. Se por um lado os agentes do Estado deixam de deter ou prender indivíduos que infringiram o Código Penal porque não está de acordo com a

Constituição, é evidente também que eles não poderiam deter um indivíduo que anda pela rua ou mesmo arrancá-lo de sua casa, sem atender todos os requisitos legais. Desta forma, o Estado através de seus agentes, favorece a violação dos direitos do doente mental.

Oportuno também seria responder a pergunta se o Poder Judiciário está ou não apreciando as questões que envolvem o doente mental e a assistência psiquiátrica. Na prática profissional vê-se o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Polícia Civil e Militar comparecer aos hospitais psiquiátricos determinando a internação de doentes, ou transportando doentes para internação nos hospitais psiquiátricos públicos, interferindo nas condições de assistência preocupados com a segurança dos internados e da comunidade, abrindo inquéritos para apurar responsabilidade em casos de acidente morte ou suicídio de qualquer internado, denunciando pacientes pela morte de outros, apurando responsabilidade no caso de violência sexual contra mulheres, separação de pacientes masculinos e femininos e até chamando e fiscalizando familiares que abandonam os seus no hospital mas que por motivos óbvios recebem suas aposentadorias ou pensões sem nada lhes entregar. Não há registro, porém, de advogados que tenham ingressado em juízo para defender os interesses de paciente nos hospitais da região, mas pela imprensa tomou-se conhecimento de diversas ações onde advogados buscavam defender interesses de pessoas que foram internadas em instituições psiquiátricas contra a sua vontade. De outro lado, também já houve pedidos de interdição por incapacidade civil e, em alguns casos era evidente o interesse econômico dos familiares, mas em todos eles que o Judiciário foi chamado a intervir, data vênua, sempre a Justiça prevaleceu na aplicação da lei.

Houve participação interessante no que se refere às preocupações das relações entre judiciário, Ministério Público e Polícia Civil com os hospitais psiquiátricos estatais. Naquela oportunidade, trabalhando em hospital público, acreditava-se e

ainda acredita-se na necessidade de conhecimento da realidade que cerca os hospitais psiquiátricos estatais pelo Poder Judiciário, aí incluídas as demais instituições já citadas. Por isso, provocou-se uma reunião dos representantes seus com os técnicos dentro do hospital, levando-os logo após a um almoço de confraternização a uma visita às suas instalações. Na realidade, o resultado do encontro foi excepcional, pois se diminuiu aquela tensão que existia entre as partes: o hospital passou a ter maior colaboração do Judiciário, os juízes que presenciaram as condições do hospital pessoalmente e “in loco” passaram a colaborar mais efetivamente não só diminuindo ou adotando critérios mais justos para encaminhar pacientes ao hospital, os promotores, que antes pautavam suas denúncias no desprezo pelos “alienados”, passaram a fazê-los com mais respeito, passando a aceitar as considerações e decisões do juiz. Convém salientar que aquele encontro serviu até para resolver um problema bastante grave que existia no hospital, envolvendo Polícia, Ministério Público e Judiciário. Trata-se de um ato isolado, do qual não foi feito acompanhamento após a saída. Defende-se, porém, profissionais acumulando conhecimento das duas áreas: psiquiatria e aspectos legais podem contribuir mais efetivamente não só com a assistência e com as mudanças mas especialmente na aproximação entre as duas partes. Prega-se a existência de profissionais versados e experientes nessas duas áreas porque eles podem facilitar a relação tão importante e que geralmente só ocorre formalmente quando existem fatos ou situações desagradáveis.

O Poder Judiciário, o Ministério Público, e a Polícia Civil estão preocupados com a segurança pública, ordem pública e com a tranquilidade de sua comunidade, mas eles também são responsáveis pelos acontecimentos dentro dos hospitais psiquiátricos que não se constituem um ilha isolada. Lá também ocorrem ou podem ocorrer fatos que levam à perda da paz social e especialmente encontram-se concentradas pessoas que já foram centro de preocupações em sua comunidade. Tais instituições deveriam contar com a presença das autoridades que participando da

assistência psiquiátrica hospitalar, poderiam aumentar muito mais a presença nos hospitais psiquiátricos daquelas citadas anteriormente podendo até aperfeiçoá-las, também seriam responsáveis pela vigilância dos direitos destes indivíduos e com as mudanças estruturais que proporcionariam uma melhora na assistência.

Enfim, quer-se dizer que o Judiciário, Ministério Público, Polícia Civil e Militar e o pessoal da assistência hospitalar pública se constituem em agentes do Estado. São responsáveis pelo transporte do indivíduo ao hospital que é feito pela Polícia Civil e ou Militar, são responsáveis pela sua assistência durante as vinte e quatro horas de cada dia enquanto ali estiver internado; pelo transporte para as suas casas, que, na maioria das altas, é feito pelo hospital. Igualmente a preocupação com a paz e a ordem social dentro da jurisdição, zelando pelo cumprimento das leis e direitos de cada um, é realizado pelo Poder Judiciário e pelo Ministério Público.

Da mesma forma, o hospital, através de seus técnicos e funcionários, foca sua preocupação nas intercorrências envolvendo o paciente internado e a assistência diária do indivíduo, não valorizando as relações com outros setores importantes e também responsáveis pela assistência, como Poder Judiciário, Ministério Público e Polícia Civil ou Militar. Essa escassez de contato leva ao isolamento dos setores transformando a interação que devia ser permanente, em eventual e formal.

Assim, distantes entre si, hospital psiquiátrico público e Poder Judiciário concentram-se em suas funções e tarefas mais específicas deixando de cumprir outras talvez mais importantes que viriam trazer resultados muito mais significativos à Sociedade como um todo, e o avanço ou crescimento em uma área que há séculos vem sofrendo com o descaso e a pouca importância dada pelo Estado. Não se trata de falta de recursos, pelo contrário, são decisões que principalmente poderiam resultar em economia.

A proposta defendida tem a característica de não romper com o que se tem atualmente, ou seja, fecham-se os hospitais e ignora-se o problema. Pelo contrário, entende-se que sejam utilizados os recursos existentes, que são a rede de hospitais clínicos comunitários, garantindo atendimento psiquiátrico a um determinado número de pessoas, evitando assim que uma pessoa possa ser mandada lá do oeste catarinense para ser atendido em Florianópolis. Somente em casos muito especiais é que isso ocorreria. Além disso, a rede de ambulatórios existentes no Estado continuaria atendendo com o envolvimento de recursos comunitários, como os já existentes, tendo por exemplo as Faculdades de Enfermagem de Tubarão e Concórdia, que através de trabalhos com as prefeituras conseguiram diminuir sensivelmente o encaminhamento de pacientes para o hospital estatal no município de São José. O Estado só passaria investir na criação de Pronto Socorro Psiquiátrico na capital, criação de hospital dia e atendimento estadual concentrado em um único hospital pequeno sem as características custodiais do atual, onde prevalecesse a idéia de que “um hospital psiquiátrico trata o indivíduo e tão logo esteja recuperado o encaminha para sua casa”, contrário daquela que ainda existe de “que lugar de louco é no hospício”. O único hospital estatal psiquiátrico existente seria fechado para internamentos, permanecendo lá os internados até que outras soluções mais adequadas fossem tomadas.

De qualquer maneira, embora nenhuma decisão fosse tomada para mudar o sistema de assistência atual, se os poderes já mencionados anteriormente trabalhassem e discutissem um pouco mais de perto com hospitais psiquiátricos públicos, não só melhorariam as condições de vida e direitos dos internados, como também propiciariam as mudanças radicais na assistência que, como já vimos anteriormente, já ultrapassava os limites do inaceitável.

7. 2 Comparação dos dispositivos legais que se referem ao doente mental com a constituição

7. 2.1 Código Penal

Quando o Código Penal cria ou determina uma medida de segurança indefinidamente, podendo-se manter uma pessoa em uma instituição psiquiátrica de custódia estatal pelo resto de seus dias, acredita-se que esteja afrontando a Constituição no artigo 5 XLVII b, que determina expressamente:

XLVII - Não haverá penas:

a)

b) de caráter perpétuo

O capítulo V, enseja a discussão doutrinária, pois a medida de segurança é uma pena imposta pelo Estado contra um indivíduo que delinqüiu e que, por apresentar um quadro psiquiátrico de doença mental, não irá para a cadeia; será absolvido pela sua condição psíquica, e receberá uma medida de segurança que poderá perdurar indefinidamente, o que estaria afrontando a Constituição, que proíbe penas de caráter perpétuo. Igualmente o mesmo inciso XLVII letra c, proíbe que as penas sejam cruéis, mas os hospitais psiquiátricos custodiais são instituições que, pela sua condição na realidade, dispensam tratamento cruel a seus pacientes.

7. 2.2 Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934

Como já se viu anteriormente, o Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, constituiu-se na segunda lei específica de proteção ao doente mental, e até hoje não foi revogado. Trata-se de lei adequada aos princípios de sua época, tornando-se hoje

inadequada frente aos avanços na área de psiquiatria e mudanças sociais que ocorreram neste período. Mas se forem confrontados seus dispositivos com a Constituição de 1988, poderemos encontrar artigo 10 determinando que “o psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação e tratamento”. Apesar de estar preocupado com a paz e tranqüilidade social, este artigo permite que qualquer pessoa indesejada por parte da comunidade ou de seus familiares seja levada ao hospital psiquiátrico e lá permaneça até os últimos dias de sua vida. Como já se viu, a psiquiatria vem prestando-se há bastante tempo para confinar pessoas em instituições custodiais sem a menor preocupação com os direitos do indivíduo previstos na Constituição, como se relaciona a seguir: caput do art. quinto, pelo qual todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, inciso II “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei” o inciso III “ninguém será submetido à tortura ou tratamento desumano ou degradante”. Pelo que ficou constatado, os hospitais psiquiátricos custodiais estatais apresentam tratamento desumano e degradante, nem de longe imprimindo os preceitos legais expostos.

Comparando o Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934, com o Projeto de Lei da Câmara número 8 de 1991, nota-se neste a determinação de que a internação compulsória seja comunicada, pelo médico que a precedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à defensoria pública, quando houver. Esta preocupação não teve o Decreto número 24.559, de 3 de julho de 1934, embora a legislação anterior ao decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903, no parágrafo 2 do artigo 2, a tivesse previsto claramente.

Desta forma, constata-se que o Decreto 24.559 de 3 de julho de 1934, fere o artigo 5 da Constituição e alguns de seus incisos.

7.2.3 Código Civil e Processo Civil

O Código Civil, ao tratar no Livro I Das Pessoas, Título I Da Divisão das Pessoas e Capítulo I Das Pessoas Naturais, ao mencionar que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os loucos de todo o gênero, emprega terminologia pouco adequada pela forma agressiva e até parcial de identificar a incapacidade apenas nos diversos tipos de loucura, o que já se constata hoje não ser uma realidade. Levando-se em consideração todos os avanços no que se refere aos direitos humanos do indivíduo, parece agredir a Constituição especialmente pela forma como as pessoas são tratadas. Ao tratar da Curatela dos Interditos o Código de Processo Civil ensina como proceder processualmente para requerer a interdição, quem pode requerer, como dará a citação do interditado, sua defesa e efeitos da interdição. No capítulo das Disposições Comuns à Tutela e à Curatela, a nomeação do tutor e do curador e a remoção e a dispensa do tutor e do curador, não se constata, portanto, inconstitucionalidade em nenhuma das partes.

7.3 O Estado favorecendo assistência custodial

No terceiro capítulo, tratou-se da assistência psiquiátrica no Brasil, desde os primeiros momentos quando os profissionais da saúde passaram a preocupar-se com os doentes mentais publicando artigos nos jornais com reflexões acerca dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro, ora reclamando de seus grotescos andrajes excitando as risadas dos circundantes, ora sendo colocados em troncos e chicoteados

pelos guardas, ora solicitando as autoridades públicas a instalação de hospital privativamente destinados aos loucos. Embora na Europa eles já existissem desde o século XV, só em 1841 as autoridades decidiram construir hospitais psiquiátricos públicos no Brasil, começando com o Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro. A partir daí, a assistência psiquiátrica no Brasil passou a ser responsabilidade do Poder Público, que tomou a iniciativa de criar leis e decretos para disciplinar as relações dos ditos loucos com a sociedade. Não se pode dizer, contudo, que assistência psiquiátrica sempre foi iniciativa só do Estado, pois em Santa Catarina começou por iniciativa de instituições religiosas com a contribuição do Estado em dinheiro para a construção do prédio. Mesmo assim, constata-se que anos depois o Estado já construía o seu hospital público transportando os doentes daquele primeiro hospital.

Sabe-se que hoje talvez até existam mais leitos em clínicas particulares do que em hospital público, contudo, a obrigação da assistência, o poder, a responsabilidade de fiscalizar e o controle sobre as relações do indivíduo sadio com o doente mental pertencem ao Poder Público. E assim se ele é responsável por uma área que vem chamando a atenção da Sociedade há quase dois séculos sem apresentar nenhum avanço, o certo é que cabe a seus agentes discutir e apresentar mudanças que venham pelo menos humanizar essas relações, respeitando os direitos individuais de seus internados, pois se ele não respeita esses direitos como poderá exigir que a Sociedade assim o faça?

No capítulo V constata-se que é possível aos indivíduos que cometeram crime e no momento dos fatos não tinham capacidade para entender o caráter delituoso, declarados pela perícia e julgados pelo juiz como inimputáveis, serem absolvidos dos crimes cometidos recebendo uma medida de segurança que pode ir de 1 a 3 anos, ou tornar-se indeterminada. Viu-se, por outro lado, que a alegação de doença mental, como defesa para indivíduos de alta periculosidade e que cometeram crimes de pena elevada, pode resultar em uma medida de segurança de no máximo três

anos, com possibilidades de retornar ao convívio social logo após o seu cumprimento. Discutindo essa questão, que é uma das mais importantes do trabalho, discordando do ordenamento jurídico nacional e de muitos outros países, apresenta-se a proposta de que seria mais conveniente tanto para a sociedade como para os indivíduos que cometeram crime e são levados para os manicômios judiciários e hospitais psiquiátricos estatais, que fossem julgados como os demais cidadãos, sem o benefício do artigo 26 do Código Penal, que trata da inimputabilidade e do artigo 96 e seguintes do mesmo Código, que tratam da medida de segurança.

Verificou-se, no capítulo VI, que para designar irresponsabilidade o Código Civil mantém uma expressão pelo menos inadequada e incompatível com os tempos de hoje, ferindo a sensibilidade daquelas pessoas que atuam ou se relacionam com a área, quando identifica os absolutamente incapazes como os **“loucos de todo o gênero”**. Constata-se que as interdições são muito mais utilizadas por pessoas que têm problemas clínicos, como enfarte do miocárdio e outros problemas cardíacos, problemas cerebrais, como hemorragias cerebrais e outras do que por doença mental. Acabou-se apresentando uma proposta para alteração do Código Civil que eliminaria tal expressão, mantendo com vantagem os princípios que nortearam a sua feitura.

Com isso, confirma-se a tese levantada no projeto de que o Poder Público, mantendo a assistência psiquiátrica nos moldes atuais, está favorecendo uma assistência custodial, impossibilitando mudanças que venham a integrar o indivíduo à sua comunidade e especialmente o respeito aos direitos individuais previstos pela Constituição de 1988. Os dispositivos dos Códigos Penal e Civil que criaram a inimputabilidade, a medida de segurança e a incapacidade estão ultrapassados e inadequados, necessitando de mudanças legais que passem a considerar no Código Penal todos os indivíduos iguais perante a lei, sem a medida de segurança, e no Código Civil modificando a expressão “loucos de todo o gênero” por “os indivíduos que, pela sua natureza, não podem praticar atos da vida civil”.

CONCLUSÕES

Tendo em vista, o que foi até aqui discutido, diante dos objetivos propostos, encara-se a saúde como um dos valores e um dos direitos fundamentais da pessoa humana, a ser efetuado concretamente pelas ações do Estado envolvendo e valorizando a Sociedade, compreendendo-a como um dos fatores estratégicos à realização da Justiça Social. Neste contexto, a legislação da saúde desempenha um importante papel, na medida em que pode refletir ou direcionar a Saúde Pública como segmento da função social do Estado Contemporâneo. Respalhando-se ainda no conceito de saúde proposto nas resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que amplia o conjunto das condições de vida da população, ou seja, entende a saúde como o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Se a saúde é resultante da soma dos fatores anteriormente referenciados, está evidenciada uma nova realidade econômica e social, que condena a maioria da população à permanente miséria e a uma qualidade de vida inferior ao que se pode conceber, em face da riqueza, do processo econômico e da modernização do consumo da civilização atual.

Demonstrou-se que a saúde é um dos bens da personalidade e, nesta condição, objeto de direito. Decorre daí, a independência de qualquer reconhecimento normativo concreto, dotado de características como: inalienabilidade; irrenunciabilidade; inextinguibilidade, a não ser pela morte do titular; intransmissibilidade e imprescritibilidade. Além disso, a saúde é encarada como um dos valores essenciais à condição humana, e um dos direitos fundamentais do homem, reconhecido expressa e formalmente pela Organização Mundial de

Saúde. Sob a tutela do Estado, encontra-se o Direito de Saúde ou Direito Sanitário inserido no Direito Público.

A saúde mental consiste no funcionamento harmonioso da personalidade, que se traduz pela livre e adequada expressão dos dinamismos psíquicos, pela afirmação pessoal e pela boa adaptação à realidade exterior, e que também é saúde pública e pode ser prevenida com os cuidados médicos dispensados à gestante, alimentação equilibrada, exercícios físicos, combate a infecções e intoxicações, esclarecimento sobre o parto, e a gestação, vacinação e amparo psicológico. Como segmento da função social do Estado Contemporâneo, a Saúde Pública executa por dever para com a Sociedade ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Para tanto, o Estado deve respeitar, valorizar e envolver a Sociedade como um todo, atendendo ao bem comum, estabelecido por esta mesma Sociedade, devendo concretizar condições sanitárias, sociais, políticas e econômicas necessárias para que as pessoas tenham saúde física e mental, na sua realização como seres humanos.

Verificou-se, junto à base teórica da doença mental e da assistência psiquiátrica, que as três tendências na psiquiatria para explicar a doença mental fornecem elementos para as pessoas se posicionarem e escolherem qual delas está de acordo com a sua linha de convicção. Optando pelo método orgânico, acredita-se que a doença mental tenha origens orgânicas e físicas, utilizando-se assim da neuropsiquiatria, microbiologia, neurologia, farmacologia, bioquímica e fisiologia. Mas se entender que a doença mental é a incapacidade do homem para enfrentar a si próprio, para reconhecer os sentimentos e motivações que seu consciente repudia, seus próprios e inaceitáveis desejos, temores e impulsos, utilizando-se da psicologia, psicanálise e a psicoterapia, então, decidirá pelo modelo psicológico. Finalmente, se atribuir a influências malignas, quer de outros seres humanos quer de seres sobre-

humanos lidando com magia, feitiçaria ou práticas religiosas, na tentativa de mudar psicologicamente as conseqüências ou ainda de entender que pode ser usado por algum ser ruim para provocar o mal, causa fundamental da doença mental, o efeito é conseguido pela capacidade do feiticeiro para influenciar psicologicamente sua sugestionável vítima. Neste caso, decidirá pelo método mágico.

Além das três abordagens apresentadas por Selenisk e Alexander (1966), ainda apresentou-se a concepção de Szasz (1980), Jaccard (1981), Goffman (1961), Cooper (1967) e Basaglia (1985), como contestadores da psiquiatria tradicional e defensores de mudanças no modelo conceitual e assistencial. Na tentativa de apresentar os dispositivos legais específicos de proteção à assistência e à doença mental, conseguiu-se, em um esforço sobre-humano e de rara felicidade, a lei francesa de 1838. Esta foi a primeira lei específica de proteção ao doente mental, servindo de base e referência para a maioria de outros países que não tinham tais dispositivos. Foi uma lei voltada para a internação hospitalar, com preocupações mais de ordem pública e paz social do que com o tratamento. Baseada em um conceito de doença mental orgânico, trouxe a preocupação humana e social, em um momento em que a psiquiatria, como especialização, não se tinha encontrado. A referida lei dava à autoridade administrativa o poder de internar e retirar os alienados dos estabelecimentos psiquiátricos, deixando ao judiciário a oportunidade de intervir só posteriormente.

No Brasil, a primeira lei lato sensu de proteção ao doente mental foi o Decreto número 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Foi influenciado diretamente pela lei francesa de 30 de junho de 1838, sendo por isso, acusado de ser uma cópia fiel daquela lei. Este decreto trouxe a preocupação de atender o doente mental não só nos hospitais mas também fora deles. O Poder Judiciário tinha papel importante

de controle tanto na entrada como durante o período de internações de pacientes nos estabelecimentos psiquiátricos. Em linhas gerais, foi uma lei simples e de fácil interpretação.

A segunda lei específica de proteção ao doente mental no Brasil foi o Decreto número 24.559, de 3 de julho de 1934, influenciado tanto pela lei francesa, como pelo próprio Decreto número 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Caracterizou-se por ter um conselho de proteção com um grande número de pessoas e envolvimento de várias entidades, e que por isso nunca chegou a ser constituído. Preocupou-se também com a higiene mental, prevenção da doença e a participação da família no tratamento dos doentes mentais. No entanto, manteve as preocupações da lei francesa com relação a internamento, e nomeação de administradores provisórios e curadores. Como é uma lei que até hoje não foi revogada, se caracteriza pela complexidade de seus artigos. É, portanto, de entendimento mais difícil que o decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903.

O Decreto Estadual número 24.982, de 14 de maio de 1985, que se constitui em um dos marcos legais mais importantes para a assistência psiquiátrica catarinense, obedeceu às determinações da Lei 6.320, de 20 de dezembro de 1983, pelo qual a Secretaria da Saúde ouviria as entidades profissionais da área da saúde elaborando e adotando normas técnicas que seriam baixadas por Decreto. Ao apreciar o seu conteúdo, verificou-se que a maioria dos artigos foram inspirados na Lei Francesa de 30 de junho de 1838, no Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903, e no Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934. Se comparado com a Constituição de 1988, o art. 4, que trata da comprovação da insuficiência econômica para ter direito à assistência psiquiátrica prestada pelo Estado, pode ser considerada inconstitucional. Apresentou alguns avanços se relacionado com as duas leis

brasileiras e francesa, quando tratou da rede assistencial catarinense, mas se encontra desatualizado quando comparado com o Projeto-de-Lei da Câmara número 8 de 1991. De qualquer maneira, na época de sua aprovação, representou as aspirações de uma classe de profissionais que ajudou na sua elaboração. Motivados pela oportunidade de participação, esperavam que se o decreto fosse aprovado viria modificar as deficiências da assistência psiquiátrica catarinense. O que se constatou, infelizmente, foi que logo em seguida tudo foi esquecido, e praticamente nada foi modificado.

Apresentou-se também o Projeto de Lei da Câmara número 8 de 1991, que se encontra no Senado aguardando para ser votado depois de ter sido aprovado na Câmara dos Deputados. De qualquer forma, as três leis analisadas e o projeto possuem uma importância fundamental para o doente mental e para assistência psiquiátrica, refletindo profundamente a realidade dos tempos em que foram aprovadas.

Tratou-se da pena, da inimputabilidade ou irresponsabilidade do doente mental nos diversos Códigos Penais que tivemos na história do Brasil. Aí foram encontradas expressões como loucos de todo o gênero, imbecilidade nativa, enfraquecimento senil, completa privação dos sentidos e da inteligência, sem jamais chegar-se a um consenso sobre qual poderia expressar com maior fidelidade a inimputabilidade do indivíduo, mesmo se tomássemos a expressão do Código Penal vigente: **“É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”**.

A medida de segurança está no Código Penal nos artigos 96 a 99; embora não exista unanimidade na definição entre ela e a pena, muitos defendem que são a mesma coisa, o que as diferencia é a natureza quantitativa, pois enquanto na pena prevalece o cunho repressivo, na medida de segurança, o que prevalece é o fim preventivo; ambas são manifestações do “jus puniendi” estatal contra o indivíduo que delinuiu. O sistema dualista estabelece nítida separação entre pena e medida de segurança, e considera vantajoso os dois corpos de legislação, um que tenha retribuição com fins repressivos e outro que tenha a repressão com os diversos e paralelos institutos aconselhados pelas modernas teorias da periculosidade, enquanto a concepção unicista equipara as duas formas de sanção penal, reduzindo-as a um único meio que se valerá o Estado na luta contra a criminalidade. Destas duas correntes surgiram soluções unificadoras e funcionais, aparecendo entre essas o duplo binário que impõe ao réu uma dupla coação, uma consistente no cumprimento da pena, e a outra na aplicação de medida curativa quando terminar aquela. Para solucionar os inconvenientes do duplo binário os partidários do dualismo fixaram-se na forma vicariante que permite ao juiz a substituição da pena pela medida de segurança, consagrada no Código Penal vigente.

Discorreu-se sobre a perícia psiquiátrica, a evolução do julgamento dos doentes mentais e responsabilidade. Chegou-se ao que se chamou de necessidade de mudança ao apresentar proposta de modificação na inimputabilidade e na medida de segurança tratadas pelo Código Penal, com base na concepção unicista da sanção penal que impõe a unificação das penas e medida de segurança; que vem perdendo espaço nas legislações em diversos países, estando hoje sendo aplicada no ordenamento somente para os doentes mentais; que a medida de segurança, ao lado da inconstitucionalidade questionável da indeterminação temporal de seu cumprimento, inspira-se nos conceitos de periculosidade e doença mental que tem

uma valoração intrínseca, escorregadia e equivocada por estarem entrelaçadas à medida que esta pressupõe aquela; que o estado perigoso é um conceito que nunca foi definido e que provavelmente nunca será e, portanto, não pode ter validade epistemológica; que os critérios de ordenação em psiquiatria são de tal natureza, que todo o mundo pode ser enquadrado em alguma categoria, e a maioria das pessoas cabem em várias delas ao mesmo tempo; questiona-se a prática das medidas de segurança que se distanciam da explanação teórica, potencializando o primado do castigo e a repressão, atuando por sistema aberto a excessos e desvios em nome da periculosidade, aberto à discriminação contra os alienados mentais, ao desrespeito aos prazos processuais, aberto ao reinado incontestável dos exames criminológicos, aberto a estabelecimento nosocomial de fachada e finalmente porque todo o arcabouço do Direito Penal Contemporâneo caracteriza-se pela certeza, e esforça-se pelas garantias penais das pessoas, enquanto a medida de segurança continua sobre conceitos incertos e ambíguos espelhando um tipo de conceito indeterminado.

E assim, em vez da aplicação do artigo 26, que trata da irresponsabilidade ou inimputabilidade e dos artigos 96 a 99, que tratam da medida de segurança, defendeu-se que todas as pessoas deveriam ser consideradas iguais conforme prevê a Constituição; ocorrendo ou não doença mental, todas as pessoas seriam julgadas e condenadas às penas determinadas pelo Código Penal. A principal sustentação é que se estaria evitando, aplicada a medida de segurança, levasse um indivíduo a permanecer em um hospital psiquiátrico ou manicômio judiciário pelo resto de sua vida por ela ser indeterminada; evitar-se-ia também o oposto, quando pessoas que cometeram crimes de pena muito elevada decidissem optar ou fossem enquadradas como irresponsáveis ou inimputáveis e viessem a receber uma medida de segurança máxima, que é de três anos, beneficiando-se assim com a redução do tempo que deveriam pagar à Sociedade, caso fosse a um julgamento normal.

Com o Código Civil, tratou-se da pessoa humana, da capacidade e da incapacidade, apresentou-se a história da sua aprovação, ingressou-se na discussão da determinação dos absolutamente incapazes, que pelo Código Civil são “**os loucos de todo o gênero**”, expressão que ao longo dos tempos tem levado os autores a questionar a sua permanência no Código. Trabalharam-se doenças mentais, apresentando os principais grupos e divisões, tratou-se da proteção dos incapazes aí incluindo a representação, nulidades e a curatela, da interdição dos absolutamente e dos relativamente incapazes, utilizando tanto o Código Civil, como o Código de Processo Civil e a Jurisprudência predominante nos tribunais. Finalmente ousou-se apresentar uma proposta de alteração para o artigo quinto do Código Civil, que em todos os seus 80 anos de existência só tem provocado críticas sem surgir uma proposta que sensibilizasse a comunidade jurídica.

Embora se acredite que esta proposta possa proporcionar debates nos escalões mencionados, não temos a convicção de que esta possa resultar em mudanças embora seja uma contribuição. De qualquer maneira, propôs-se substituir a expressão “**loucos de todo o gênero**” pela expressão “**os indivíduos que, pela sua natureza, não podem praticar atos da vida civil**”; ficando o artigo quinto do Código Civil com a seguinte redação: “são absolutamente incapazes: I. os menores de 16 anos; II. os indivíduos que, pela sua natureza, não podem praticar atos da vida civil”.

É necessário fazer-se algumas críticas acerca de como vem sendo enfrentado o problema da doença mental, aqui no Brasil especificamente. Nota-se, na história da assistência psiquiátrica, que houve pessoas dedicadas e que tudo fizeram individualmente para conseguir dispositivos legais de proteção ao doente mental, mas constata-se também que a existência pura e simplesmente de leis não foi o suficiente para avançar. Entre as razões para tal insucesso na assistência

psiquiátrica pode-se mencionar em primeiro lugar, a classe daqueles que trabalham com o doente mental, formada por profissionais de curso superior, neles aí incluídos médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, professores de educação física, terapeutas ocupacionais, dentistas, farmacêuticos, nutricionistas, administradores de empresa, advogados e outros, por profissionais técnicos de nível médio, como técnicos de enfermagem e, finalmente, a classe de funcionários não considerados profissionais que são os atendentes de enfermagem.

Analizando essa classe trabalhadora, verifica-se que historicamente a classe médica sempre deteve o poder nas decisões no setor e em toda a saúde no país; justamente por isto, até se poderia dizer, que é o segmento que se beneficia com a assistência atual, em que a hospitalização e a custódia continuam predominando, dificultando de diversas formas outros tipos de assistência, como também não estimulando discussão e aprofundamento das questões referentes ao doente mental. Os outros profissionais, além de serem minoria, também não detêm o poder de decisão e, assim, não têm força para modificar, embora já tenham ensaiado tentativas sem sucesso. É importante salientar que toda burocracia estatal na área da saúde em geral e da saúde mental é dominada pelos profissionais médicos. Já os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, embora constituam a classe de maior número, encontram-se distantes das decisões sem acesso sequer à discussão das questões que envolvem o setor.

Assim tomando a classe trabalhadora da saúde, verifica-se a existência de uma classe médica dominadora, que não permite e não estimula a participação dos demais profissionais e técnicos nas decisões e discussões no setor, porque seu interesse econômico de manter a situação atual. Assim, as leis não são e não foram discutidas porque não houve interesse daqueles que dominam o setor que não

querem mudanças, que não favoreceram e não se comprometeram com qualquer lei ou política que viesse a mudar a assistência psiquiátrica.

Em segundo lugar, e não menos importante, constata-se que historicamente no País as leis são feitas sem discutir e porque são desconhecidas do público, especialmente daqueles envolvidos no setor, não são aplicadas pelo Poder Judiciário, que também não é acionado para sua aplicação. Pelas reclamações apresentadas por aqueles que fizeram as leis, o Poder Executivo e o Judiciário nunca tiveram competência para implementar qualquer política ou lei decidida pelo Poder Legislativo, no que se refere à política de assistência ao doente mental, não havendo comprometimento daqueles setores. É certo também que o Legislativo quando as fez pouco primou pela sua clareza, objetividade, e simplicidade que permitissem a sua aplicação com rapidez e eficiência.

Em terceiro lugar, se o Poder Judiciário é acusado de pouco contribuir, verifica-se também que a corporação dos advogados até hoje pouco ou nada contribuiu para modificar a situação atual, e está sendo chamada para participar da implementação da política prevista pelo projeto que já foi aprovado na Câmara dos Deputados e encontra-se no Senado para votação. Entende-se que os advogados, tanto individualmente como em corporação, têm uma imensa responsabilidade na discussão, participação, aprovação e implementação de qualquer lei que se encontre no Congresso ou que já tenha sido aprovada, especialmente se envolver direitos de uma minoria de cidadãos.

Cabe mencionar que se esses setores tiveram uma participação diminuta ou inexpressiva, as reclamações por parte da imprensa e uma pequena classe política de esquerda do partido dos trabalhadores foi muito mais expressiva denunciando a situação em que se encontram os hospitais psiquiátricos, e especialmente criticando

a forma como os doentes mentais são tratados naquelas instituições que se especializaram em violar os direitos humanos com benefícios eminentemente econômicos e políticos para si e para o seu grupo. Tais denúncias não ficaram restritas a reclamações da mídia, pela Imprensa, mas a tentativa de modificar a assistência em algumas cidades e hospitais de Santos bem como a iniciativa de defender no Congresso proposta de mudança das leis vigentes que se encontram inadequadas, ignoradas e especialmente por não terem sido discutidas e aplicadas anteriormente. Refiro-me ao projeto já mencionado, de autoria do deputado Paulo Delgado, que na reta final encontra séria oposição da bancada organizada dos hospitais, que procura por todas as formas evitar a sua aprovação.

Verificou-se que um comportamento considerado anormal por parte de uma pessoa, como, por exemplo, uma depressão e ou alteração de conduta ou mesmo a queixa de um familiar são suficientes para que o Estado chamado a intervir através de seus representantes, conduzam-na a um hospital psiquiátrico estatal custodial contra a sua vontade, tornando-se muito difícil ou quase impossível a sua saída em face dos tratamentos e terapêuticas utilizadas por médicos e pessoal dos hospitais; que o Estado, quando é chamado para cumprir a sua função na segurança da sociedade, tem deixado de prender ou mesmo deter indivíduos alegando que não o pode fazer em virtude dos dispositivos constitucionais que não permitem a prisão sem uma ordem judicial ou legítimo flagrante, o que está totalmente correto, mas que esses mesmos princípios utilizados para não prender ou deter criminosos não servem para não seqüestrar ou prender pessoas que apresentem qualquer problema de alteração de conduta ou comportamento, ou que recebam o estigma de louco.

Constatou-se que o médico tem poder completo sobre o paciente, e nem mesmo a outros profissionais é permitido opinar sobre recuperação ou alta dos internados, que existe uma relação em que o médico serve ao Estado e não ao

paciente, e que por isso os seus salários são triplicados ou quadruplicados pelo sistema de pró-labore, dependendo do número de pacientes atendidos, que a manutenção dos hospitais psiquiátricos superlotados atende aos interesses dos profissionais médicos e do próprio Estado que prefere ver essas pessoas isoladas e trancadas em hospitais psiquiátricos para não eliminar problemas no meio social e que por isso as mudanças nessas instituições são muito difíceis ou quase impossíveis, a não ser pelo abandono; que existem outras formas de assistência e tratamento que dispensariam a existência dos hospitais psiquiátricos estatais como hospitais-dias, pronto socorro psiquiátrico, lar e pensões protegidas, tratamento em hospitais clínicos, além da criação de pequenos hospitais, sem as características dos custodiais existentes, conforme está previsto no projeto-de-lei que está tramita no Congresso.

Para avançar na assistência psiquiátrica é necessária a participação de todos, especialmente dos trabalhadores da assistência psiquiátrica aí incluídos profissionais de curso superior, médio e não-profissionais, incluindo-os na discussão e obtendo comprometimento com uma política alicerçada por leis específicas de proteção ao doente mental: os advogados, individualmente e como corporação, através da Ordem dos Advogados do Brasil; os membros do Poder Judiciário; Procuradoria de Justiça; Polícia Civil e Militar; destaque-se ainda a contribuição efetiva e contínua da imprensa, denunciando as arbitrariedades cometidas nos hospitais psiquiátricos, mas a sua cooperação poderá aumentar pela divulgação dos serviços e experiências alternativas. Os partidos políticos até agora têm tido uma participação bastante tímida, com exceção do Partido dos Trabalhadores que vem contribuindo na discussão com a sociedade e também no Congresso Nacional, através de proposta de alteração das leis específicas de proteção ao doente mental; enfim, todas as entidades de classe, órgãos profissionais e a comunidade como um

todo podem facilitar as mudanças desde que tenham o Estado como principal responsável pela criação de leis e políticas para o Setor.

Que o Poder Judiciário, Ministério Público, Polícias Civil e Militar, se encontram distantes dos hospitais psiquiátricos mantendo escassas relações e quase nula interação quando deviam ser estreitas e permanentes. Preocupados com a segurança e tranquilidade pública fora dos hospitais, esses órgãos afastam-se dos locais que teriam preferência justamente por ali estarem pessoas que já foram centro de preocupações da Sociedade. Há necessidade do apoio, supervisão e vigilância na proteção dos direitos individuais de inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança, além de não serem submetidos a tortura nem a tratamento desumano ou degradante, ou que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei. Cabe a esses legítimos agentes do Estado a materialização da responsabilidade no cumprimento da função social a ele destinada.

Finalmente, a confirmação da tese levantada de que o Poder Público, mantendo a assistência psiquiátrica e as leis específicas de proteção ao doente mental nos moldes atuais, favorece uma assistência custodial, impossibilita mudanças que venham a integrar o indivíduo à comunidade, e, especialmente, desrespeita os direitos individuais previstos pela Constituição de 1988. Os dispositivos do Código Penal e Civil que criaram a inimputabilidade, a medida de segurança e a incapacidade estão ultrapassados e inadequados, necessitando de mudanças legais que passem a considerar no Código Penal todos os indivíduos como efetivamente iguais perante a lei, sem a inimputabilidade ou irresponsabilidade previstas pelo artigo 26, a medida de segurança constante do artigo 96 a 99 do Código Penal e no Código Civil, modificando a expressão **“loucos de todo o gênero”** por **“os indivíduos que, pela sua natureza, não podem praticar atos da vida civil”**. Impõe-se que o Estado seja o principal responsável pelas mudanças

necessárias, para que se possa modificar a forma como até hoje vem sendo conduzido o tratamento dispensado aos doentes mentais, criando novas alternativas que não seja a assistência custodial, permitindo que os indivíduos sejam tratados como pessoas humanas, respeitando os direitos que a Constituição lhes confere. Em suma, como questão central, há necessidade de repensar criticamente um novo conceito de Estado, adequado às particularidades sócio-econômicas e político-culturais que passam pelo resgate da autenticidade e pela originalidade de sua identidade cultural, subordinado e controlado pelo poder das bases e da Sociedade Civil. Enfim, no Brasil considera-se a presença do Estado não só necessária mas até inevitável como articulador e reordenador dos espaços democráticos de acesso popular, como legítimo mandatário da Sociedade Civil, plenamente organizada pelo exercício e pela participação da cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, Franz G., SELENISK Sheldon T. **História da psiquiatria**. São Paulo: Ibrasa, 1966.

ALVES MOREIRA, José Carlos. **Direito romano**. Rio de Janeiro: Forense, 1983.

ANDRADE, O.M. **Saúde mental e assistência psiquiátrica no Brasil**. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE PSIQUIATRIA, 6., 1971, São Paulo **Anais...** São Paulo: Congresso Brasileiro de Psiquiatria, p.438-453.

ARQUIVOS do Hospital Colônia Santana. Florianópolis: 1954.

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

BERLINGUER, Giovani. **A doença**. Tradução de Virgínia Gawryszeswski. São Paulo: Hucitec, 1988.

BEVILÁQUA, Clóvis. **Theoria geral do direito civil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1929.

BOTELHO, A. Idéias e sugestões sobre assistência aos psicopatas no Brasil. **Arquivo Brasileiro de Neuriat. e Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.20, n.3-4, p.286-296, 1937.

BRANDÃO, Teixeira. **Elementos fundamentais da psiquiatria clínica e forense**. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro e Maurilho, 1918.

_____. Os alienados no Brasil. **Arquivo Brasileiro de Neuriat. e Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.39, n.2, p.60-101, 1956.

_____. Des établissements d'aliénés au Brésil. **Annales médico-psychologiques**, Paris, v.6, n.11, p.277-283, 1884.

_____. Questões relativas à assistência médico-legal a alienados e aos alienados. **Arquivo Brasileiro de Neuriat. e Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.71-138, 1956.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 3ed. São Paulo: Atlas, 1993.

_____. Decreto 24.559 de 3 de julho de 1934. (encarte especial)

_____. Decreto Estadual 24.982 de 14 de maio de 1985. (encarte especial)

_____. Projeto de lei da Câmara número 8 de 1991 e número 3.657/89 na casa de origem. (Doc. encaminhado pelo Senador Espiridião Amin, 1995).

BRUNO, Anibal. **Direito penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1963. Tomo I,II,III.

CARVALHO, F. P. De Bulhões. **Incapacidade civil e restrições de direito**. Rio de Janeiro: Borsoi, 1957.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CERQUEIRA, L. **Por uma psiquiatria social: um levantamento preliminar**. Rio de Janeiro: 1968.

CHAMOUN, Ebert. **Instituições de direito romano**. São Paulo: Forense, 1962.

CIULLA, Luiz. **Saúde mental nas etapas da vida**. Porto Alegre: Movimento, 1976.

COELHO, Ronaldo S. Primeira unidade psiquiátrica em hospital geral no Brasil. In: **Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental**, São Paulo, v.37, n.43-53, jan./dez.1972.

_____. Origem e desenvolvimento da assistência a psicopatas no estado de Pernambuco. **Neurobiologia**, Recife, v.5, n.4, p.286-296, 1952.

_____. _____. v.16, n.1, p.58-84, 1953.

_____. _____. v.16, n.2, p.166-185, 1953.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967.

CORRÊA, Josel M. **Estudo da influência das leis de proteção ao doente mental sobre assistência psiquiátrica**. São Paulo, 1980, 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Universidade de São Paulo, 1980.

CRETELLA JÚNIOR, J. **Curso de direito romano**. Rio de Janeiro: Forense, 1990.

DECRETO-LEI 1.132 de 22 de dezembro de 1903. In: CORRÊA, Josel Machado. **Estudo da influência das leis de proteção ao doente mental sobre a assistência psiquiátrica**. São Paulo: USP, 1980. (anexo dissertação de mestrado)

DECRETO-LEI número 2.848, de 7 de dezembro de 1940, com alterações da parte geral da lei número 7209, de 11 de julho de 1984. In: **Código penal**. São Paulo: Atlas, 1987.

DELITALA, Giacomo. Sul progetto preliminare del primo libro del codice penale. **Revista Italiana di Diritto Penale**, 1950.

DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania**. São Paulo: Papyrus, 1994.

DICIONÁRIO JURÍDICO. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

DINIZ, M. Helena. **Curso de direito civil brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 1991.

v.1

FARIA, Bento. **Código penal brasileiro comentado**. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1961.

FIGUEREDO, Ariovaldo Alves. **Comentários ao código penal**. São Paulo: Saraiva, 1985.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir nascimento da prisão**. Tradução de Ligia M. Ponde Vasconcellos. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

FRAGOSO, C. Heleno. A reforma da legislação penal. **Revista Brasileira de Criminologia e Direito Penal**, v.1, n. 2, p.75, 1963.

FRALETTI, Paulo. O Juquery ontem e hoje. In: **Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental**, São Paulo, v.38, p. 23-33, jan./ dez.1972.

GARCIA, Basileo. **Instituições de direito penal**. São Paulo: Saraiva, 1956. v.1, T.I,II

GIORDANI, C.M. **O código civil à luz do direito romano**. Rio de Janeiro: Forense, 1992.

GOMES NETO. **Código penal brasileiro comentado.** São Paulo: Brasiliense, 1989. v.1

GOFFMAN, Erving. **Manicômios prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1961.

GRISPGNI, Filipo. Mesures de Sureté le problème de l'unification des peines et des ___mesures de sureté. **Revue Internationale de Droit Penal**, Paris, 1953.

HUNGRIA, Nelson. **Comentário ao código penal.** 3.ed. Rio de Janeiro: 1956. v.1, t.II

_____. O árbitro judicial na medida da pena. **Revista Forense**, Rio de Janeiro: 1942. v.89.

_____. **Resposta as objeções ao anteprojeto:** ciclos de conferência sobre o anteprojeto do código penal brasileiro. São Paulo: ILAC, 1965.

_____, FRAGOSO, Heleno Glaudio. **Comentários ao código penal.** 5.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1978. v.1, Tomo II.

IANNI, Octávio. **A sociologia entre a modernidade e a contemporaneidade.** Porto Alegre: UFRGS, 1995.

JACCARD, R. **A loucura.** Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

JARDIM, L. Marcelo. **Responsabilidade penal.** Rio de Janeiro: Forense, 1978.

JERVIS, Giovani. **Crise da psiquiatria e contradições institucionais.** 2.ed. Tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

LEI de 30 de junho de 1838. In: CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica** : a idade de ouro do alienismo. Tradução de Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 305-316.

LINHARES, Marcelo J. **Responsabilidade penal**. Rio de Janeiro: Forense, 1978. T.I

LOPES, I.C. Notícia histórica da assistência a psicopatas no Distrito Federal. **Arquivo Brasileiro de Neuriat. e Psiquiatria**, Rio de Janeiro, n.22, p.79-118, 1939.

LOPES, J.L. Juliano Moreira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.3-19, 1964.

LOPES, Miguel Maria de Serpa . **Curso de Direito Civil**. Vol. I, 3 edição, Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1961

MANDROU, R. **Magistrados e feiticeiros na França do século XVII**. São Paulo: Perspectiva, 1968.

MARQUES, J. Frederico. **Curso de direito penal**. São Paulo: Saraiva, 1956. v.2 , 3.

MATTOS, Júlio. **A loucura**. São Paulo: Teixeira e Irmão, 1889.

MEDEIROS, Augusto M. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Rio de Janeiro, 1977, 167 p. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.

MEIRA, Silvio A.B. **Curso de direito romano**. São Paulo: Saraiva, 1975.

MEZER, Robert R. **Psiquiatria dinâmica**. Porto Alegre: Globo, 1978.

MINAYO, Maria Cecília de Souza(org.). **A saúde em estado de choque**. 3.ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992.

MINZONI, Maria A. **Assistência de enfermagem ao doente mental internado: análise de uma experiência em hospital psiquiátrico**. Tese (Livre Docência), São Paulo, 1975.

MOFFATT, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido**. São Paulo: Cortez, 1980.

MONTEIRO, Washington de Barros. **Curso de direito civil**. São Paulo: Saraiva, 1976.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. **Arquivo Brasileiro de Neurologia e Psiquiatria**, Rio de Janeiro, n.38, p.65-101. 1955.

MOURA, Demócrito. **Saúde não se dá, conquista-se**. São Paulo: Humanismo, Ciência e Tecnologia, 1989.

NEGRÃO, Theotônio (org.) **Código de processo civil e legislação processual em vigor**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

_____. Lei número 3071 de 1 de janeiro de 1916. **Código civil e legislação civil em vigor**. 12.ed. atual. São Paulo: Malheiros, 1993.

NOGUEIRA, J.C. Ataliba. **As medidas de segurança no novo código penal em o novo código penal conferências**. São Paulo: 1942.

NORONHA, E. M. **Direito penal**. São Paulo: Saraiva, 1988-1993. V.2

PAIM, I. O hospital psiquiátrico: as origens, as transformações e o seu destino. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.25, n.2-3, p.147-158, 1976.

_____. **Tratado de clínica psiquiátrica**. São Paulo: Gryalbo, 1976.

PASOLD, Cesar Luiz. **Da função social do estado ao estudo político e jurídico de um de seus segmentos: a saúde pública**. São Paulo, 1983, 213 p. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade de São Paulo, 1983.

_____. **Função social do estado contemporâneo**. 2.ed. Florianópolis: Estudantil, 1988.

PEREIRA, C. Mário da Silva. **Instituições de direito civil**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1982. v.1

PILATI, José Isaac. **Vigilância Sanitária: Contribuição ao estudo político e jurídico**. Florianópolis, 1995, 264 p. Tese (Doutorado em Direito) - Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina.

ROCHA, Franco. **Hospício e colônias de Juquery**. São Paulo: 1912.

RODRIGUES, L. O doente mental no Brasil. **Arquivo do Departamento de Assistência à Psicopatologia**, São Paulo, v.31, p.87-91, 1965.

_____. Legislação sobre assistência a alienados. **Arquivo Brasileiro de Psiquiatria Neurologia e Ciências Afins**, Rio de Janeiro, v.2, n.4, p.299-387, 1906.

_____. O doente mental no Brasil. **Arquivo do Departamento de Assistência à Psicopatologia**, São Paulo, v.31, p.87-91. 1965.

RODRIGUES, Nina. **O alienado**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1901.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social** : ensaios sobre a história da assistência médica. Tradução de Ângelo Loureiro. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSSETTI, Janaro R., ALVIN, Rui C. M. **Das medidas de segurança jurisprudência**. São Paulo: Universitária de Direito, 1994.

SADER, Emir, GENTILI, Pablo. **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o estado democrático organizadores. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

SILVEIRA, César V. **Tratado da responsabilidade criminal**. São Paulo: Saraiva, 1955.

SOLOMON, P., PATCH Vernon D. **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Atheneu 1975.

SOUZA, Benedicto Moacyr. **O problema da unificação da pena e da medida de segurança**. São Paulo: Bushatsky, 1979.

TEXEIRA, Sálvio de Figueiredo. **Código de processo civil anotado**. São Paulo: Saraiva, 1993.

SZASZ, Thomas S. **Ideologia e doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980

_____. **A fabricação da loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

VELLOSO, F.N., CORREA, A.C., RANGEL. E, BARRETO, F.P., PATROCKI, J. LIPPI, J.R.S. Assistência psiquiátrica pública em Minas Gerais. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE PSIQUIATRIA, 6, 1971. **Anais...** São Paulo, 1971. p.478-487.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Elementos para uma Crítica do Estado**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1990.

ANEXO 1

Lei Francesa De 30 De Junho De 1838

Lei Francesa De 30 De Junho De 1838

Artigo 1- Cada departamento é obrigado a ter um estabelecimento público especialmente destinado a receber e cuidar dos alienados, ou manter entendimento com estabelecimento público ou privado, quer desse departamento, quer de outro. Os contratos efetuados pelos departamentos com estabelecimento público ou privados deverão ser aprovados pelo ministro do interior.

Artigo 2- Os estabelecimentos públicos destinados aos alienados ficam sob a vigilância da autoridade pública.

Artigo 3- Os estabelecimentos privados destinados aos alienados ficam sob a direção da autoridade pública.

Artigo 4- O prefeito departamental, e as pessoas especialmente delegadas para este fim por ele ou pelo ministro do interior, o presidente do tribunal, o procurador do rei, o juiz de paz, o prefeito municipal ficam encarregados de visitar os estabelecimentos destinados aos alienados. Eles receberão as reclamações das pessoas neles internadas e tomarão a seu respeito todas as informações convenientes para conhecer seu estado. Os estabelecimentos privados serão visitados, em dias determinados, pelo menos uma vez em cada trimestre, pelo procurador do rei do distrito. Os estabelecimentos públicos o serão da mesma maneira, pelo menos uma vez por semestre.

Artigo 5- Ninguém poderá dirigir ou formar um estabelecimento privado destinado aos alienados sem autorização do governo. Os estabelecimentos destinados ao tratamento de outros doentes não poderão receber as pessoas portadoras de alienação mental, a menos que fiquem num local inteiramente

separado. Esses estabelecimentos, deverão para este fim, ser especialmente autorizados pelo governo e serão submetidos, no que concerne aos alienados, a todas as obrigações prescritas pela presente lei, ficando sujeitos a todas obrigações legais.

Artigos 6- As condições em que serão outorgadas as autorizações enunciadas no artigo precedente, os casos em que elas poderão ser retiradas, e as obrigações às quais serão submetidos os estabelecimentos autorizados, serão determinados por regulamentos da administração pública.

Artigo 7- Os regulamentos internos dos estabelecimentos públicos, no todo ou em parte, ao serviço dos alienados, serão submetidos, nas disposições relativas a esse serviço, à aprovação do ministro do interior.

Título II - Das internações realizadas nos estabelecimentos de alienados

Seção 1- Das internações voluntárias

Artigo 8- O chefe ou prepostos responsáveis pelos estabelecimentos públicos e os diretores dos estabelecimentos privados, e destinados aos alienados não poderão receber uma pessoa portadora de alienação mental, se não lhes for apresentado: 1 - Solicitação de admissão contendo os nomes, profissão, idade e domicílio, tanto da pessoa que formule como daquela cuja internação se solicita, e a indicação do grau do parentesco ou, na ausência deste, a natureza das relações que existem entre elas. A solicitação será escrita e assinada por aquele que formular e, souber escrever, ela será recebida pelo prefeito municipal ou pelo comissário de polícia, que a averbará. Os chefes, prepostos ou diretores deverão se assegurar sob suas responsabilidades, da individualidade da pessoa que tiver formulado a solicitação, quando essa

solicitação não tiver sido recebida pelo prefeito ou pelo Comissário de policia. Se a solicitação de admissão for formulada pelo tutor de um interditado, ele deverá fornecer, como prova, um extrato do julgamento de interdição. 2 - Um certificado médico, constatando o estado mental da pessoa a ser internada, e indicando as particularidades de sua doença e a necessidade de tratar a pessoa designada num estabelecimento de alienados, e nele mantê-la enclausurado.- Esse certificado não poderá ser admitido se for expedido mais de 15 dias antes de ser apresentado ao chefe ou diretor; se for assinado por um médico vinculado ao estabelecimento, ou se o médico signatário for parente do alienado, até segundo grau inclusive, dos chefes ou proprietários dos estabelecimentos ou da pessoa que efetuar a internação.- Em caso de urgência, os chefes dos estabelecimentos públicos poderão dispensar a exigência do certificado médico. 3 - O Passaporte ou qualquer outro documento próprio para constatar a individualidade da pessoa a ser internada.- Far-se-á menção de todos os documentos apresentados num boletim de entrada, que será remetido, em 24 horas, com um certificado do médico do estabelecimento e a cópia do acima mencionado: em Paris ao chefe de Policia; nas capitais de departamento ou distrito ao prefeito ou ao subprefeito departamental, ou o chefe da administração municipal, enviá-lo-ão imediatamente ao prefeito departamental.

Artigo 9- Se a internação for realizada num estabelecimento privado, o prefeito departamental, nos três dias a partir da recepção do boletim, encarregará um ou vários homens da arte de visitar a pessoa designada no boletim, para constatar seu estado mental e relata-lo imediatamente. Ele poderá designar alguma outra pessoa para acompanhá-lo.

Artigo 10- No mesmo prazo, o prefeito departamental, notificará administrativamente os nomes, a profissão e domicilio da pessoa internada e da que solicitou a internação, e as causas da mesma: primeiro, ao Procurador do rei, no

distrito do domicilio da pessoa internada; segundo, ao procurador do rei, no distrito onde o estabelecimento estiver situado. Essas disposições serão comuns, tanto aos estabelecimentos públicos e privados.

Artigo 11- Quinze dias após a internação de uma pessoa num estabelecimento público ou privado, será endereçado ao prefeito departamental, conforme o último parágrafo do artigo 8, um novo certificado do médico do estabelecimento; esse certificado confirmará ou retificará, se for o caso, as observações contidas no primeiro certificado, indicando o retorno mais ou menos freqüente dos acessos ou dos atos de demência.

Artigo 12- Haverá, em cada estabelecimento, um registro numerado e rubricado pelo chefe da administração municipal, no qual serão imediatamente inscritos os nomes, profissão, idade e domicilio das pessoas internadas no estabelecimento, a menção do julgamento de interdição se foi pronunciado o nome do tutor, a data de internação ou não, que a tiver solicitado. Serão igualmente transcritos nesse registro: primeiro o certificado médico anexo à solicitação de admissão; segundo os que o médico do estabelecimento deverá endereçar à autoridade, conforme os artigos 8 e 11. - O médico será obrigado a consignar nesse registro, pelo menos a cada mês, as mudanças operadas no estado mental de cada doente. Este registro, será submetido às pessoas que, segundo o artigo 4, terão direito de visitar o estabelecimento quando se apresentarem para fazer a visita, após seu término, tais pessoas oporão, no registro, seu visto, sua assinatura e, se for o caso, suas observações.

Artigo 13- Toda pessoa internada num estabelecimento de alienados deixará de ficar detida no mesmo tão logo os médicos do estabelecimento declararem, no registro enunciado no artigo precedente, que a cura foi obtida. Se se tratar de um

menor de idade ou de um interditado, será dada ciência imediata de declaração dos médicos às pessoas a quem ele deverá ser entregue e ao procurador do rei.

Artigo 14- Antes mesmo dos médicos declararem a cura, toda a pessoa internada num estabelecimento de alienados deixará igualmente de ser detida desde que a saída seja requerida por uma das pessoas abaixo designadas, a saber: primeiro, o curador nomeado conforme o artigo 38 da presente lei; segundo, o esposo ou a esposa; terceiro, se não houver esposo ou esposa, os ascendentes; quarto se não houver ascendentes, os descendentes; quinto, a pessoa que assinou a solicitação de admissão, a menos que um parente tenha declarado se opor a que ela use dessa faculdade sem o consentimento do conselho da família; sexto qualquer pessoa autorizada pelo conselho da família. Se ficar constatado, por notificação ao chefe do estabelecimento por quem de direito, que existe desacordo quer entre os ascendentes, quer entre os descendentes, o conselho de família estatuirá. Entretanto se o médico do estabelecimento for de opinião que o estado mental do doente poderá comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, ele dará prévio conhecimento do fato ao prefeito municipal, que poderá ordenar imediatamente uma suspensão provisória da saída, com a obrigação de notificar dentro de 24 horas o prefeito Departamental. Essa suspensão provisória, deixa de vigorar expirados 15 dias, se o prefeito departamental nesse prazo, não der ordens em contrário, conforme o artigo 21, desta lei. A ordem do prefeito municipal será transcrita no registro mantido em obediência ao artigo 12. Em caso de menoridade ou de interdição, somente o tutor poderá requerer a saída.

Artigo 15- No decorrer das 24 horas após a saída, os chefes, prepostos ou diretores notificarão, sobre a mesma, os funcionários designados no último parágrafo do artigo 8 e lhes informarão do nome e residência das pessoas que tiverem retirado

o doente, seu estado mental no momento da saída, e, na medida do possível, do lugar a que for conduzido.

Artigo 16- O prefeito departamental poderá sempre ordenar a saída imediata das pessoas internadas voluntariamente nos estabelecimento de alienados.

Artigo 17- Em todos os casos o interditado só poderá ser entregue a seu tutor, e o menor somente àqueles sobre cuja autoridade estiver colocada pela lei.

Seção II - Das internações ordenadas pela autoridade pública

Artigo 18- O chefe de Policia, em Paris e, nos departamentos, o prefeito departamental, ordenarão compulsoriamente a internação, num estabelecimento de alienados, de qualquer pessoa interdita ou não, cujo estado de alienação comprometa ordem pública ou segurança das pessoas. As ordens dos prefeitos departamentais deverão ser justificadas e enunciar as circunstâncias que as tornaram necessárias. Essas ordens, assim como as que forem dadas conforme os artigos 19, 20, 21 e 23, serão inscritas num registro semelhante ao que é prescrito pelo artigo 12, acima cujas disposições serão totalmente aplicáveis aos indivíduos internados compulsoriamente..

Artigo 19- Em caso de perigo iminente, atestado por certificado médico ou por notoriedade pública, os delegados de polícia, em Paris, e os prefeitos municipais nas outras comunas, ordenarão todas as medidas provisórias necessárias, referentes às pessoas portadoras de alienação mental, com a obrigação de notificar em 24 horas, o prefeito departamental que estatuirá sem delongas.

Artigo 20- Os chefes, diretores ou prepostos responsáveis pelos estabelecimentos, serão obrigados a dirigir aos prefeitos departamentais, no primeiro mês de cada semestre, um relatório redigido pelo médico do estabelecimento, sobre o estado que nele estiver retida, sobre a natureza de sua doença e os resultados do tratamento. O prefeito se pronunciará sobre cada um individualmente, ordenará sua permanência no estabelecimento ou sua saída.

Artigo 21- Com respeito às pessoas, cuja internação tiver sido voluntária, e no caso em que seu estado mental possa comprometer a ordem pública e a segurança das pessoas, o prefeito departamental poderá baixar uma ordem especial, a fim de impedir sua saída do estabelecimento sem sua autorização, a não ser, para interná-la em outro estabelecimento. Os chefes, diretores ou prepostos responsáveis serão obrigados a se submeterem a essa ordem.

Artigo 22- Os procuradores do rei serão informados de todas as ordens dadas em virtude do artigo 18, 19, 20 e 21. Essas ordens serão notificadas ao prefeito municipal do domicílio das pessoas submetidas à internação, que imediatamente dará ciência às famílias. Contas serão dadas ao ministro do interior. As diversas notificações prescritas pelo presente artigo serão feitas na forma e nos prazos enunciados no artigo 10.

Artigo 23- Se no intervalo que decorrer entre os relatórios ordenados pelo artigo 20, os médicos declararem no registro mantido em obediência ao artigo 12, que a saída pode ser ordenada, Os chefes, diretores ou prepostos responsáveis pelos estabelecimentos, serão obrigados, sob pena de serem processados, conforme o artigo 30 abaixo, de notificar o prefeito imediatamente, o qual estatuirá sem delongas.

Artigo 24- Os hospícios ou hospitais civis são obrigados a receberem provisoriamente as pessoas que lhes forem enviadas, conforme os artigos 18 e 19, até que elas sejam dirigidas para o estabelecimento especial destinado a recebê-las, nos termos do artigo 1, ou durante o trajeto que tiverem que fazer para chegar até lá. Em todos os municípios onde existam hospícios ou hospitais, os alienados só poderão ser depositados nesses hospícios ou hospitais. Nos lugares em que eles não existam, os prefeitos municipais deverão prover seu alojamento, seja numa estalagem, seja num local alugado para esse fim. De forma alguma os alienados poderão ficar ou ser conduzidos com os condenados ou os acusados, nem poderão ser depositados numa prisão. Essas disposições são aplicáveis a todos os alienados dirigidos pela administração para um estabelecimento público ou privado.

Seção III - Despesa do serviço dos alienados.

Artigo 25- Os alienados, cuja internação for ordenada pelo prefeito, e cujas famílias não solicitarem a admissão em um estabelecimento privado, serão conduzidos para o estabelecimento pertencente ao Departamento, ou com o qual o Departamento tiver entrado em entendimento. Os alienados cujo estado mental não comprometa a ordem pública ou segurança das pessoas serão igualmente admitidos nestes estabelecimentos, nas formas, nas circunstâncias e sob as condições que forem regulamentadas pelo conselho geral, por proposta do prefeito departamental, aprovadas pelo ministro.

Artigo 26- Os gastos de transporte das pessoas conduzidas pela administração aos estabelecimentos de alienados serão estabelecidos pelo prefeito nos memoriais dos agentes prepostos, a esse transporte. Os gastos com estadia, a manutenção e o tratamento das pessoas internadas nos hospícios ou estabelecimentos públicos de

alienados serão regulados segundo uma tarifa estabelecida pelo prefeito. A despesa com manutenção, a estadia e o tratamento das pessoas internadas pelos departamentos nos estabelecimentos privados, será fixada pelos contratos feitos pelo Departamentos conforme o artigo 1.

Artigo 27- As despesas mencionadas enunciadas no artigo precedente ficarão a cargo das pessoas internadas; na sua ausência, ficarão a cargo daqueles a quem se puder solicitar alimentos, nos termos dos artigo 205 e seguintes do código civil. Se houver contestação no que diz respeito à obrigação de fornecer alimentos, ou quanto à cota que couber, o tribunal competente estatuirá, aos cuidados dos administrador designado em obediência aos artigos 31 e 32. A cobrança das somas devidas será feita e executada aos cuidados da administração de registro e dos patrimônios.

Artigo 28- Na ausência ou em caso de insuficiência dos recursos enunciados no artigo precedente, tais recursos provirão dos cêntimos atribuídos pelo orçamento, às despesas comuns do departamento ao qual o alienado pertence, sem prejuízo do concurso do município de domicilio do alienado, segundo as bases propostas pelo conselho geral, ouvido o prefeito departamental e aprovadas pelo governo. Os hospícios serão obrigados a uma indenização proporcional ao número dos alienados, cujo tratamento ou manutenção esteja a seu encargo e que sejam internados num estabelecimento especial para alienados. Em caso de contestação o conselho departamental estatuirá

Seção IV

Disposições a todas as pessoas internadas nos estabelecimentos de alienados.

Artigo 29- Qualquer pessoa internada ou retida num estabelecimento de alienados, seu tutor, se for menor, seu curador, qualquer parente ou amigo, poderá em qualquer momento, apelar diante do tribunal do lugar do estabelecimento que, após as verificações necessárias, ordenará, se for o caso, a saída imediata. As pessoas que solicitaram a internação e o procurador do rei "ex officio", poderão apelar com os mesmos fins. No caso de interdição, essa solicitação só poderá ser formulada pelo tutor do interditado. A decisão será tomada em função de um simples requerimento, na câmara do conselho e sem delongas; ela não precisará ser justificada. O requerimento, o julgamento e os outros atos a que a reclamação dê lugar, serão visados com timbre e levados a débito. Nenhum requerimento, nenhuma reclamação dirigida, quer a autoridade judiciária, quer a autoridade administrativa, poderão ser suprimidas ou retidas pelos chefes dos estabelecimentos, sob as penas previstas no título III abaixo.

Artigo 30- Os chefes, diretores ou prepostos responsáveis não poderão sob pena de infringirem o artigo 120 do código penal, reter uma pessoa internada num estabelecimento de alienados, desde que sua saída tenha sido ordenada pelo prefeito, nos termos dos artigos 16, 20 e 23, ou pelo tribunal, nos termos do artigo 29, nem quando essa pessoa se encontrar nos casos enunciados nos artigos 13 e 14.

Artigo 31- As comissões administrativas ou de supervisão dos hospícios ou estabelecimentos públicos de alienados exercerão, com respeito às pessoas não interdidas que neles sejam internadas, as funções de administradores provisórios. Elas designarão um de seus membros para cumpri-las; o administrador assim designado procederá à arrecadação das somas devidas à pessoa no estabelecimento e

ao pagamento de suas dívidas, passará contratos de arrendamento que não poderão ultrapassar três anos, e poderá até, em virtude de autorização especial dada pelo presidente do tribunal civil, realizar a venda dos bens móveis. As somas provenientes, quer da venda, quer das outras arrecadações, serão vertidas a caixa do estabelecimento e serão empregadas se for o caso, em proveito da pessoa internada no estabelecimento. A caução do coletor será alocada em garantia às ditas quantias em prioridade às dívidas de qualquer outra natureza. Contudo, os pais, o esposo, a esposa, as pessoas internadas em estabelecimentos de alienados dirigidos ou supervisionados por comissões administrativas às próprias comissões, bem como o procurador do rei sempre poderão recorrer às disposições dos artigos seguintes.

Artigo 32- Por solicitação dos pais, do esposo ou da esposa, da comissão administrativa ou por iniciativa "ex officio" do procurador do rei, o tribunal civil do lugar de domicílio, poderá, em conformidade com o artigo 496 do código civil, nomear, em câmara do conselho, um administrador provisório dos bens de qualquer pessoa não interditada internada em um estabelecimento de alienados. Essa nomeação só terá lugar após deliberação do conselho de família e em função das conclusões do procurador do rei. Tal nomeação não será sujeita a apelação.

Artigo 33- O tribunal, por solicitação do administrador provisório, ou por iniciativa do procurador do rei, designará um mandatário especial com o fim de representar em justiça qualquer indivíduo não interditado e internado em um estabelecimento de alienados que esteja engajado em uma contestação judiciária no momento da internação, ou contra o qual seja movida uma ação posteriormente. O Tribunal poderá, também, em caso de urgência, designar um mandatário especial, com o fim de mover ação mobiliária ou imobiliária em nome desses indivíduos. O administrador provisório poderá, nos dois casos, ser designado como mandatário especial.

Artigo 34- As disposições do código civil, sobre as causas que dispensam da tutela, sobre as incapacidades, as exclusões ou as destituições dos autores, são aplicáveis aos administradores provisórios nomeados pelo tribunal. Por solicitação das partes interessadas ou do procurador do rei, o julgamento que nomear o administrador provisório, poderá constituir, sobre seus bens, uma hipoteca geral ou especial até uma soma determinada pelo dito julgamento. O procurador do rei deverá, dentro de prazo de 15 dias inscrever essa hipoteca no serviço da conservação; ela datará apenas do dia da inscrição.

Artigo 35- No caso em que um administrador provisório, tiver sido nomeado por julgamento, as notificações à pessoa internada em um estabelecimento de alienados serão feitas a esse administrador. As notificações ao domicílio, de acordo com as circunstâncias, poderão ser anuladas pelos tribunais. O artigo 173 do código de comércio não fica prejudicado.

Artigo 36- Na ausência de administrador provisório, o presidente, por requerimento da parte mais diligente, designará um tabelião para representar as pessoas não interditas internadas em estabelecimento de alienados, nos inventários, contas, partilhas e liquidações em que estejam interessadas.

Artigo 37- Os poderes conferidos em virtude dos artigos precedentes deixarão plenamente de vigorar no momento em que a pessoa internada num estabelecimento de alienados nele não esteja mais retida. Os poderes conferidos pelo tribunal em virtude do artigo 32, deixarão de vigorar expirado um prazo de 3 anos; eles poderão ser renovados. Esta disposição não se aplica aos administradores provisórios outorgados, às pessoas mantidas pela administração em estabelecimentos privados.

Artigo 38- Por solicitação do interessado, de um dos seus pais, do esposo ou da esposa, de um amigo, ou por iniciativa "ex officio" o procurador do rei, o tribunal poderá nomear, em câmara de conselho, por julgamento não sujeito a apelação, além do administrador provisório, um curador da pessoa de qualquer indivíduo não-interditado, internado em um estabelecimento de alienados, o qual deverá velar para: primeiro, que seus rendimentos sejam empregados para melhorar sua situação e acelerar sua cura; segundo que o dito indivíduo seja devolvido ao livre exercício de seus direitos, tão logo sua situação o permita. Esse curador não poderá ser escolhido entre os herdeiros presuntivos da pessoa internada em um estabelecimento de alienados.

Artigo 39- Os atos de uma pessoa internada em um estabelecimento de alienados, durante o tempo em que nele estiver retida, sem que sua interdição tenha sido pronunciada ou proposta, poderão ser denunciados por razão de demência, conforme o artigo 1304 do código civil. Os dez anos da ação de nulidade, no que concerne à pessoa retida que tiver subscrito a tais atos, decorrerão a partir da notificação que lhe tiver sido feita, ou do conhecimento que tenha tomado após sua saída definitiva da casa de alienados; e, no que diz respeito aos seus herdeiros, a partir da notificação que lhe tenha sido feita ou do conhecimento que tenha tomado a partir da morte do autor. Quando os dez anos tiverem começado a correr contra este, continuarão a correr contra seus herdeiros.

Artigo 40- O ministério público, será ouvido em todas as questões que interessem às pessoas internadas em um estabelecimento de alienados, mesmo que não estejam interditas.

Título III - Disposições gerais

Artigo 41- As contravenções às disposições dos artigos 5, 8, 11, 12, do segundo parágrafo do artigo 13, dos artigos 15, 17, 20, 21 e do último parágrafo do artigo 29 da presente lei e aos regulamentos estabelecidos em virtude do artigo 6, cometidas pelos chefes, diretores ou prepostos responsáveis pelos estabelecimentos públicos ou privados de alienados e pelos médicos empregados nesses estabelecimentos, serão punidas com de cinco dias a um ano de prisão, e com uma multa de 50 francos a 3 mil francos, ou com uma ou outra destas penas. pode-se aplicar o artigo 463 do código penal.

ANEXO 2

Decreto 1132 De 22 De Dezembro De 1903

Decreto 1132 De 22 De Dezembro De 1903

O Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil: Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a resolução seguinte:

Artigo 1- O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública, ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento dos alienados.

§1- A reclusão, porém, só se tornará efetiva em estabelecimento dessa espécie, quer público, quer particular, depois de aprovada a alienação.

§2- Se a ordem pública exigir a internação de um alienado será provisória sua admissão em asilo público ou particular, devendo o diretor do estabelecimento, dentro de 24 horas, comunicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o ocorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação médica que houver sido feita.

Artigo 2- A admissão nos asilos de alienados far-se-á mediante requisição ou a requerimento, conforme a reclame da autoridade pública ou algum particular.

§1- No primeiro caso, a autoridade juntará a requisição:

a) Uma guia contendo o nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, cor, profissão, domicílio, sinais psíquicos e fisionômicos do indivíduo suspeito de alienação ou a sua fotografia, bem como outros esclarecimentos, quantos, possam coligir e façam certa a identidade do enfermo;

b) Uma exposição dos fatos que comprovem a alienação e os motivos que determinaram a detenção do enfermo caso tenha sido feita, acompanhada, sempre que possível, de atestados médicos afirmativos da moléstia mental;

c) O laudo do exame médico-legal, feito pelos peritos da polícia, quando seja esta a requisitante;

§2- No segundo caso, sendo a admissão requerida por algum particular, juntará esse ao requerimento, do que os regulamentos especiais a cada estabelecimentos possam exigir:

a) As declarações do §1, letra a, documentadas quanto possível;

b) Dois pareceres de médicos que hajam examinado o enfermo 15 dias antes, no máximo, daquele em que for datado o requerimento, ou certidão de exame de sanidade.

Artigo 3- O enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicílio sempre que lhes forem subministrados os cuidados necessários.

§ único- Se, porém, a moléstia mental exceder o período de dois meses, a pessoa que tenha a sua guarda o enfermo, comunicará o fato à autoridade competente com todas as ocorrências relativas à moléstia e ao tratamento empregado.

Artigo 4- Salvo o caso de sentença, na qual logo será dada curatela ao alienado, a autoridade policial providenciará, segundo a circunstância, sobre a guarda provisória dos bens deste, comunicando imediatamente o fato ao juiz competente, a fim de providenciar o que foi de direito.

Artigo 5- Em qualquer ocasião será permitido ao indivíduo internado em estabelecimento público ou particular, ou em domicílio, reclamar, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade, ou denunciar a falta dessa formalidade.

Artigo 6- Salvo o caso de perigo iminente para a ordem pública ou para o próprio enfermo, não será recusada sua retirada de qualquer estabelecimento, quando pedida por quem requereu a reclusão.

Artigo 7- Quando recusada, naquele caso, a saída, o diretor do estabelecimento dará incontinenti, em relatório, à autoridade competente, as razões da recusa, para o julgamento de sua procedência.

Artigo 8- Evadindo-se qualquer alienado de asilo público ou particular, somente poderá ser reintegrado, sem nova formalidade, não havendo decorrido da evasão 15 dias.

Artigo 9- Haverá ação penal, por denúncia do ministério público em todos os casos de violência e atentados ao pudor, praticados nas pessoas dos alienados.

Artigo 10- É proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos.

§ único- onde quer que não exista hospício, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a esse fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial.

Artigo 11- Enquanto não possuírem os estados manicômios criminais, os alienados diligentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos, nos pavilhões que se lhes reservem.

Artigo 12- O ministro da justiça e negócios do interior, por intermédio de uma comissão composta, em cada estado e no Distrito Federal, do procurador da República, do curador de órfãos e de um profissional de reconhecida competência, designado pelo Governo, fará a suprema inspeção de todos os estabelecimentos de alienados, públicos e particulares, existentes no país.

Artigo 13- Todo o hospício, asilo ou casa de saúde, destinado a enfermos de moléstias mentais, deverá preencher as seguintes condições:

1. ser dirigido por profissionais devidamente habilitados e residentes no estabelecimento;
2. instalar-se e funcionar em edificio adequado, situado em lugar saudável, com dependências que permitam aos enfermos, exercício ao ar livre;
3. possuir compartimentos especiais para evitar a promiscuidade dos sexos, bem como para a separação e classificação dos doentes, o número destes e a natureza da moléstia de que sofrem;
4. oferecer garantias de idoneidade, no tocante ao pessoal, para os serviços clínicos e administrativos.

Artigo 14- Quem quer que pretenda fundar ou dirigir uma casa de saúde destinada ao tratamento de alienados deverá requerer ao Ministério do Interior ou aos presidentes ou governadores dos estados a devida autorização.

Artigo 15- O requerente anexará a sua petição:

1. documentos tendentes a provar que o local e o estabelecimentos estão nas condições do artigo 13;

2. o regulamento interno da casa de saúde;

3. declaração do número de doentes que pretenda receber;

4. declaração de receber ou não o estabelecimento apenas alienados, e de ser, no último caso, o local reservado a estes inteiramente separado do destinado aos outros doentes.

Artigo 16- Estando estes documentos e declaração em forma, e sendo pelo deferimento da petição a comissão inspetora, recolherá o peticionário aos cofres públicos a quantia que arbitrar o governo para a fiscalização do estabelecimento anualmente.

Artigo 17- Pretendendo a direção do estabelecimento elevar o número primitivo de pensionista, submeterá ao governo, devidamente informado pela comissão inspetora, uma nova planta do edifício, provando que as novas construções comportam, na conformidade requerida, os novos pensionatos.

Artigo 18- Os diretores de asilos de alienados, públicos ou particulares, enviarão mensalmente à comissão inspetora uma relação circunstanciada dos doentes internados no mês anterior.

Artigo 19- Ao governo da União incumbe manter a assistência aos alienados do Distrito Federal, havendo da prefeitura do Distrito a diária dos doentes.

§ único- A diária dos alienados remetidos pelos Estados será paga por estes, e pelos respectivos países a dos alienados estrangeiros.

Artigo 20- O pessoal da assistência aos alienados no Distrito Federal compor-se-á: no hospício nacional, de 1 um diretor superintendente o serviço clínico e administrativo, quatro alienistas efetivos, um adjunto, um cirurgião ginecologista, um pediatra, um médico do pavilhão de moléstias infecciosas, um oftalmologista, um diretor do laboratório anatomopatológico, um assistente do mesmo, um chefe de serviços quimioterápicos, um dentista, quatro internos efetivos, um farmacêutico, um administrador, um arquivista, um primeiro, um segundo, um terceiro, um quarto escriturário, um contínuo, e um porteiro, e nas colônias de alienados: de um diretor que será médico, um alienista efetivo e um adjunto, um farmacêutico, um almoxarife, um primeiro e um segundo escriturário. No pavilhão de admissão, onde funcionará a seção clínica psiquiátrica da Faculdade de medicina, haverá um alienista, diretor do mesmo pavilhão, cabendo o exercício deste cargo ao lente da cadeira de psiquiatria e de moléstias nervosas.

Artigo 21- Serão providos mediante concurso os cargos de alienistas adjunto, de pediatra, de médico infectologista, de assistente laboratório histo-químico e de interno, devendo ser preferido no provimento de todos esses cargos, com exceção dos dois últimos, o concorrente que haja exercido o cargo de assistente ou preparador das faculdades de medicina do país.

Artigo 22- As infrações desta lei seriam punidas com as penas de prisão até 8 dias e de multa 500 a 1000 réis, além das mais em que, pelas leis anteriores, incorra o infrator.

§ único- Ao diretor reincidente será cassada a autorização para funcionar o estabelecimento.

Artigo 23- Revogam-se as disposições ao contrário

Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 1903, 15 da República.

ANEXO 3

Decreto 24559 De 3 De Julho De 1934

Decreto 24559 De 3 De Julho De 1934

Dispõe sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, nestes termos:

Artigo 1- A assistência aos psicopatas e profilaxia mental, terá por fim:

- a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doença mental, como também os egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer à realização de higiene psíquica em geral e da profilaxia dos psicopatas em especial.

Artigo 2- Fica instituído um conselho de proteção aos psicopatas, com os seguintes membros: um dos juízes de órfãos; o juiz dos menores; o chefe de polícia do Distrito Federal; o diretor geral da assistência a psicopatas e profilaxia mental; o psiquiatra diretor do serviço de profilaxia mental; os professores catedráticos das clínicas psiquiátrica, neurológica, de medicina legal, medicina pública e higiene da Universidade do Rio de Janeiro; um representante do Instituto da Ordem dos Advogados; um representante da Assistência Judiciária; cinco representantes de instituições privadas de assistência social, sendo um representante da Liga Brasileira de Higiene Mental e os demais indicados pelo ministro da educação e saúde pública.

§1- O presidente nato do Conselho é o ministro da educação e saúde pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da assistência a psicopatas.

§2- Ao conselho incumbirá:

a) estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como aconselhar o governo nas medidas para beneficia-los;

b) auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental e cooperar com organizações pública ou particulares de fins humanitários, especialmente contra os grandes males sociais.

Artigo 3- A proteção legal e a prevenção a que se refere o artigo 1 deste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e de medicina legal.

§1- Aos psicopatas, deverão ser mantidos em estabelecimentos públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.

§2- Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais das demais instituições desse gênero.

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

§4- Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém o artigo 10.

§5- Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos, os toxicômanos, intoxicados por substâncias analgésicas ou entorpecentes e por bebidas inebriantes, particularmente alcóolicas.

Artigo 4- São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para fins deste decreto, os que se destinarem à hospitalização e às seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas de educação e outros estabelecimentos de assistência social.

§ único- Esses estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, deverão:

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

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

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

Artigo 5- É considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particulares, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das faculdades de medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecida, ou quem tiver, pelo menos, 2 anos exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico público ou particular, autorizado.

Artigo 6- Quem pretender fundar estabelecimento psiquiátrico deverá requerer ao ministro da educação e saúde pública à necessária autorização, anexando à petição os seguintes documentos:

a) provas de que o estabelecimento preenche as condições no parágrafo único do artigo 4;

b) declaração do número de doentes que poderá comportar;

c) declaração de que o mesmo observará o regime aberto, ou misto, e receberá somente psicopatas ou também outros doentes, precisando, neste caso, à inteira separação dos locais reservados a uns e outros;

§1- Deferido o requerimento, se tiver merecido parecer favorável da comissão inspetora, recolherá o requerente aos cofres públicos a taxa anual de fiscalização estipulada pelo governo, de acordo com a alínea b deste artigo.

§2- Quando a direção do estabelecimento psiquiátrico pretender aumentar a lotação dos doentes, submeterá ao ministro, devidamente informado pela comissão inspetora e a respectiva repartição da engenharia, a documentação comprobatória de que as novas construções permitirão o acréscimo requerido;

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

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

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

1. os psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais referidos no artigo 3 que necessitarem e requerem hospitalização;

2. os psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais, que para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrarem, necessitarem de internação de modo formal;

3. os indivíduos suspeitos de doença mental que ameaçarem a própria vida, ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofendendo a moral pública e não protestarem contra sua internação;

4. os indivíduos que por determinação judicial, devem ser internados para avaliação da capacidade civil.

§2- O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento misto, acolherá:

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

b) os toxicômanos, intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar com a nota de detidos ou a disposição de autoridade judiciária;

§3- nos casos de simples suspeita de afecção mental, serão devidamente observados em seções próprias, antes da internação definitiva.

Artigo 8- A fim de readaptar a vida social dos psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver em regime de família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência hetero-familiar.

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

Artigo 10- O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Artigo 11- A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, público ou particulares, será feita:

1. por ordem judicial ou a requisição da autoridade policial;
2. a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau inclusive; e. na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa; chefe de dispensário psiquiátrico; ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

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

§2- Para a internação por solicitação de outros será exigido a prova de maior idade do requerente e de ter-se avistado com o internado há menos de sete dias, contados da data do requerimento.

§3- A internação em manicômio far-se-á por ordem do juiz.

§4- Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestado médico, serão sujeitos a exame na Seção de admissão do serviço de profilaxia mental, que expediria a respectiva guia.

Artigo 12- Serão documentos exigidos para toda internação, salvo nos casos previstos por este decreto: atestado médico, que será dispensado quando se tratar de ordem judicial e certificado de identidade do internado.

§1- O atestado médico poderá ser substituído por guia médico da Seção de admissão do serviço de profilaxia mental, do chefe de qualquer dispensário da assistência a psicopatas e profilaxia mental ou do médico do respectivo hospital.

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

1. não tiver diploma registrado na diretoria nacional de saúde e assistência médico-social;
2. requerer a internação;
3. for parente consangüíneo ou afim em linha reta ou colateral até o 2 grau, inclusive do internado;
4. for sócio comercial ou industrial do internado.

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

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

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

Artigo 13- A admissão do enfermo proveniente de outro estabelecimento psiquiátrico só poderá efetuar-se, se o requerente apresentar:

1. cópia legalizada dos documentos da primeira admissão;
2. atestado do estabelecimento donde provier o doente, afirmando que o mesmo continua a necessitar de tratamento em estabelecimento psiquiátrico e declarando o seu regime de hospitalização.

§ único- Na falta dessa documentação comprobatória, deverão ser observadas as exigências estabelecidas para a primeira internação.

Artigo 14- Nos casos urgentes, em que se tornar necessário em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá ele ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestado médico, em que se declare os distúrbios mentais justificativos da internação imediata.

§ único- o certificado de identidade e o requerimento do representante do doente deverão, porém, ser apresentados no prazo de 48 horas.

Artigo 15- Todo estabelecimento psiquiátrico deverá inscrever em livro rubricado pela comissão inspetora, o nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, cor, profissão, estado civil e residência do indivíduo admitido, data de sua entrada, todos os documentos relativos à internação e nome e residência das pessoas por ele responsáveis.

Artigo 16- Uma vez hospitalizado, deverá o paciente ser imediatamente examinado pelo médico de plantão, que redigirá em nota clínica, tão minuciosa quanto possível, visando o estado somático e mental do internado e fazendo, especialmente ressaltar, a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis.

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

Artigo 18- No caso de sua transferência da parte aberta para a fechada no mesmo estabelecimento, será exigido guia médico de serviço, onde contenha as informações fornecidas pelo doente e pela família, os dados resultantes do exame psíquico e somático, bem como os motivos que justifiquem essa mudança de regime.

Artigo 19- Ao psicopata, toxicômano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para ordem pública.

§ único- negada a alta, o diretor do estabelecimento enviará um relatório à comissão inspetora, expondo as razões da recusa.

Artigo 20- Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou misto, qualquer paciente, depois de concedida alta pelo médico assistente, com exceção dos internados judiciais, dos que são enviados com nota de detidos pelas autoridades policiais ou militares, e dos que forem internados pelas corporações militares a alta será imediatamente comunicada, para os devidos fins, às

respectivas autoridades, que deverão providenciar, sem demora, a retirada do paciente.

Artigo 21- Salvo o caso de iminente perigo para a ordem pública, para o próprio paciente ou para outros, não será recusada a retirada do internado em qualquer estabelecimento quando requerida:

1. pela pessoa que pediu a internação;
2. pelo cônjuge, pai ou filho ou outro parente de maior idade até o quarto grau, inclusive, na falta daqueles;
3. por curador ou tutor.

§1- O requerente deverá responsabilizar-se pelo tratamento e cuidados exigidos pelo estado mental do paciente.

§2- Quando as pessoas acima referidas divergirem sobre a retirada, será esse fato comunicado à comissão inspetora para decidir.

§3- Quando for recusada a retirada, o diretor do estabelecimento, comunicará, imediatamente, à comissão inspetora os motivos da recusa.

§4- Quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si próprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação.

Artigo 22- O diretor do estabelecimento, quando a alta não se justificar, poderá, após informe do médico assistente sobre o estado do psicopata, conceder-lhe licença pelo prazo máximo de seis meses, se for requerida.

§1- O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes:

1. promover a experiência da reintegração no meio social ou familiar;
2. promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábito;
3. averiguar o estado de cura definitiva, colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais;
4. precavê-lo contra a eventualidade, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

§2- Quer a licença requerida, quer a da experiência, dispensarão as formalidades de reentrada, salvo se não se realizar findo o respectivo prazo.

§3- Quando não houver inconveniente, o médico assistente poderá prorrogar a licença e neste caso subsistirá válida por igual tempo a primeira matrícula.

Artigo 23- Qualquer psicopata evadido de estabelecimento público ou particular, poderá ser readmitido, independentemente de novas formalidades, antes de decorridos mais de trinta dias de sua fuga, persistindo os motivos da anterior admissão.

Artigo 24- O diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou misto, enviará mensalmente à comissão inspetora, um boletim do movimento de entradas e saídas no mês anterior, devendo também comunicar-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas naquele estabelecimento.

Artigo 25- O serviço de profilaxia mental destina-se a concorrer para a realização da profilaxia das doenças mentais, promovendo o estudo das causas destas doenças, e organizando-se como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva.

§1- Para segurança dessas finalidades, o governo providenciará no sentido de serem submetidos a exames de sanidade, os estrangeiros que se destinarem a qualquer parte do território nacional, e os que requerem naturalização, sendo que neste caso, o exame deverá precisar, especialmente o estado neuromental do requerente.

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

Da proteção à pessoa e bens dos psicopatas.

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

§ único- Supre-se a incapacidade pelo modo instituído na legislação civil ou pelas alterações constantes do presente decreto.

Artigo 27- A proteção do doente mental é assegurada pelos cuidados de pessoa da família, do responsável legal ou do médico diretor do estabelecimento em que estiver internado.

§1- o psicopata recolhido a qualquer estabelecimento, até 90 dias de internação, nenhum ato de administração ou disposição de bens poderia praticar senão por intermédio das pessoas referidas no artigo 454 do código civil, com prévia autorização judicial, quando for necessária.

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

§3- Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretado pela autoridade judiciária competente a respectiva interdição, promovida obrigatoriamente pelo Ministério Público, se dentro de 15 dias não for pelas pessoas indicadas no artigo 447 número I e II do código civil.

§4- As medidas previstas neste artigo, salvo a de interdição, serão promovidas em segredo de justiça.

Artigo 28- Ao administrador provisório, bem como ao curador, pedirá ao juiz abonar remuneração razoável, tendo sempre a vista a natureza, a extensão dos encargos e as possibilidades econômicas do psicopata.

§1- O administrador provisório e o curador são obrigados a prestar contas, trimestralmente, sob pena de destituição de "ex-officio", à autoridade judiciária competente, contas que deverão ser devidamente documentadas e acompanhadas de exposição detalhada sobre o desempenho das funções, o estado e a situação dos bens dos psicopatas, salvo o caso do artigo 455 do código civil.

§2- A administração provisória e a curatela cabem às pessoas designadas no artigo 454 do código civil.

§3- No despacho que nomear o administrador provisório ou na sentença que decretar a interdição, o juiz tendo em conta o estado mental do psicopata, em face das conclusões da perícia médica, determinará os limites da ação do administrador provisório ou do curador, fixando assim a incapacidade absoluta ou relativa do doente mental.

§4- Da decisão que decretar, ou não, a administração provisória ou a curatela, caberá recurso de agravo de instrumento.

Artigo 29- Os psicopatas egressos dos estabelecimentos psiquiátricos, bem como os não internados mas atendidos nos dispensários psiquiátricos, serão amparados e orientados pela Seção de assistência social do serviço de profilaxia mental.

Artigo 30- Será permitido a qualquer pessoa mantida em domicilio ou internada em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, reclamar a quem de direito, por si ou por outros, novo exame de sanidade mental, o qual, no último caso, não poderá ser feito por médicos do estabelecimento em que a pessoa se achar.

Artigo 31- A correspondência dos internados dirigida a qualquer autoridade, não poderá ser violada pelo pessoal do estabelecimento, o qual será obrigado a fazer segui-la o seu destino, sem procurar conhecer do conteúdo da mesma.

Artigo 32- Para o fim de zelar pelo fiel cumprimento dos artigos deste decreto que visam assegurar aos psicopatas o bem-estar, a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal, fica constituída no Distrito Federal uma comissão inspetora, composta de um juiz de direito, que será o seu presidente, de um dos curadores de órfãos e de um psiquiatra do quadro da diretoria geral de assistência a psicopatas e profilaxia mental, todos escolhidos pelo governo, servindo em comissão.

§1- Junto à comissão inspetora servirá como secretário um funcionário do Ministério da Educação e Saúde Pública, designado pelo Ministro.

§2- Nos Estados a comissão inspetora será constituída do Procurador da República, do juiz federal e de um psiquiatra ou de um médico que se tenha revelado cultor desta especialidade nomeado pelo governo do Estado.

§3- Para os estabelecimentos particulares as infrações dos preceitos deste decreto serão punidas com multa de 200\$000 a 2.000\$000, imposta pela comissão inspetora no distrito federal e pela dos Estados, sem prejuízo de outras penalidades previstas no código penal.

§4- No caso de reincidência da direção do estabelecimento particular, poderá ser cassada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública a autorização para o seu funcionamento, mediante proposta da comissão inspetora.

§5- Na falta de pagamento da multa que deverá ser recolhida ao Tesouro Nacional dentro do prazo de 5 dias, será ela cobrada executivamente, como renda da união.

Artigo 33- Quando o paciente, internado em qualquer estabelecimento psiquiátrico, for possuidor de bens ou receber rendas ou pensões de qualquer natureza, não tendo tutor ou curador, a respectiva direção comunicará, sem demora, esse fato à comissão inspetora, para que esta providencie no sentido de acautelar aquele patrimônio, na conformidade das disposições do presente decreto.

Artigo 34- Revogam-se as disposições em contrário

Rio de Janeiro, 3 de julho de 1934,

113 ano da Independência e 46 da República.

Getúlio Vargas, Washington Pereira Pires, Francisco Antunes Maciel.

ANEXO 4

Decreto 24559 De 3 De Julho De 1934

Projeto de Lei da Câmara Número 8 de 1991
Número 3657/89, na Casa de Origem

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

O CONGRESSO NACIONAL, decreta:

Artigo 1- Fica proibido em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospitais psiquiátricos.

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

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

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

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

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

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

Artigo 3- A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a precedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à defensoria pública, quando houver.

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

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

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

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

Artigo 5- Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto número 24559, de 3 de julho de 1934.

ANEXO 5

Medidas de Segurança Previstas pelo Código Penal de 1940.

Medidas de Segurança Previstas pelo Código Penal de 1940.

TITULO VI

DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Capítulo I

Das medidas de segurança em geral

Lei aplicável

Art. 75. As medidas de segurança regem-se pela lei vigente ao tempo da sentença, prevalecendo entretanto, se diversa, a lei vigente ao tempo de execução

Condições de aplicabilidade

Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe:

- I- a prática de fato previsto como crime;
- II- a periculosidade do agente,

Parágrafo único. A medida de segurança é também aplicável nos casos dos arts. 14 e 27, se ocorre a condição do número II.

Verificação da periculosidade

Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinqüir.

Presunção de periculosidade

Artigo 78. Presumem-se perigosos:

- I- aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de penas;
- II- os referidos no parágrafo único do art. 22;
- III- os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;
- IV- os reincidentes em crime doloso;
- V- os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

Casos em que não prevalece a presunção

Parágrafo 1. A presunção de periculosidade não prevalece, quando a sentença é proferida dez anos depois do fato, no caso do número I deste artigo, ou cinco anos depois, nos outros casos.

Parágrafo 2. A execução da medida de segurança não é iniciada sem verificação da periculosidade, se da data da sentença decorreram dez anos, no caso do número I deste artigo, ou cinco anos, nos outros casos, ressalvado disposto do art. 87.

Parágrafo 3. No caso do art. 7 número II, a aplicação da medida de segurança, segundo a lei brasileira, depende de verificação da periculosidade.

Pronunciamento Judicial

Art. 79. A medida de segurança é imposta na sentença de condenação ou de absolvição. Depois da sentença, a medida de segurança

Parágrafo único. pode ser imposta:

- I- durante a execução da pena ou durante o tempo em que a ela se furte o condenado;
- II- enquanto não decorrido tempo equivalente ao da duração mínima da medida de segurança, a indivíduo que, embora absolvido, a lei presume perigoso;

III- nos casos expressos em lei.

Aplicação provisória da medida de segurança

Art. 80. Durante o processo o juiz pode submeter as pessoas referidas no art. 78, número I, e os ébrios habituais ou toxicômanos às medidas de segurança que lhes sejam aplicáveis.

Parágrafo único. O tempo de aplicação provisória é computado no prazo mínimo de duração da medida de segurança.

Revogação de medida de segurança

Art. 81. Não se revoga a medida de segurança pessoal, enquanto não se verifica, mediante exame do indivíduo, que este deixou de ser perigoso.

Parágrafo 1. Procede-se ao exame:

- I- Ao fim do prazo mínimo fixado pela lei para a medida de segurança;
- II- Anualmente, após a expiração do prazo mínimo, quando não cessou a execução da medida de segurança;
- III- em qualquer tempo, desde que o determine a superior instância.

Parágrafo 2. Se inferior a um ano prazo mínimo de duração da medida de segurança, os exames sucessivos realizam-se ao fim de cada período igual àquele prazo.

Execução das medidas de segurança

Art. 82. Executam-se as medidas de segurança:

- I- depois de cumprida a pena privativa de liberdade;
- II- no caso de absolvição, ou de condenação a pena de multa, depois de passado em julgado a sentença.

Parágrafo 1. A execução da medida de segurança é suspensa, quando o indivíduo tem de cumprir pena privativa de liberdade.

Parágrafo 2. A execução da medida de segurança detentiva precede a medida de segurança não-detentiva.

Superveniência de doença mental

Art. 83. O indivíduo sujeito a medida de segurança detentiva, a quem, antes de iniciada a execução ou durante ela, sobrevem doença mental, deve ser recolhido a manicômio judiciário ou, a falta, a estabelecimento adequado, onde se lhe assegure a custódia.

Quando não detentiva a medida, a execução não se limita e, quando iniciada, não prossegue.

Parágrafo único. Verificada a cura, sem que tenha desaparecido a periculosidade, o juiz pode determinar:

- I- o início ou prosseguimento da execução da medida;
- II- a substituição da medida de segurança não-detentiva por outra de igual natureza;
- III- a substituição da medida detentiva por outra de igual natureza ou pela liberdade vigiada.

Pessoa julgada por vários fatos

Art. 84. Se aplicada mais de uma medida de segurança da mesma espécie somente uma se executa.

Parágrafo 1. Se de espécies diferentes, o juiz deve impor uma ou mais dentre elas, tendo em conta o grau de periculosidade do indivíduo, sem excluir, todavia, a medida detentiva aplicável em caso de periculosidade presumida.

Parágrafo 2. Observam-se as mesmas regras com referência às medidas de segurança impostas em juízo ou processos diferentes ainda que iniciada a execução de uma delas.

Inobservância da Medida de segurança detentiva

Art. 85. Quando o indivíduo se subtrai à execução de medida de segurança detentiva, que não seja internação em manicômio judiciário ou em casa de custódia e tratamento, o prazo de duração mínima recomeça do dia em que a medida volta a ser executada.

Efeitos da extinção de punibilidade

Art. 86. Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Extinção pelo decurso do tempo

Art. 87. Extingue-se a medida de segurança não executada pelo prazo de cinco anos, contados do cumprimento da pena, se o condenado, neste período, não comete novo crime.

Parágrafo único. A extinção de medida de segurança imposta nos casos dos artigos 14 e 27 ocorre no mesmo prazo contado da data em que se tornou irrecorrível a sentença.

CAPÍTULO II

Das Medidas de Segurança em Espécie

Divisão das medidas de segurança

Art. 88. As medidas de segurança dividem-se em patrimoniais e pessoais. A interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação e o confisco são as medidas da primeira espécie; as da segunda espécie subdividem-se em detentivas ou não detentivas.

Medidas de segurança detentivas

Parágrafo 1. São medidas detentivas:

- I- a internação em manicômio judiciário;
- II- a internação em casa de custódia e tratamento;
- III- a internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional.

Medidas de segurança não-detentivas

Parágrafo 21. São medidas não detentivas:

- I- a liberdade vigiada;
- II- a proibição de freqüentar determinados lugares;
- III- o exílio local.

Falta de estabelecimento adequado

Art. 89. Onde não há estabelecimento adequado, a medida detentiva, segundo a sua natureza é executada em secção especial de outro estabelecimento.

Execução da medida de segurança fora do Estado em que foi imposta

Parágrafo único. Aplica-se às medidas de segurança detentivas o que dispõe o artigo 29 parágrafo terceiro.

Regime dos estabelecimentos de internação

Art. 90. O internado deve ser submetido a regime de reeducação, de tratamento ou de trabalho conforme suas condições pessoais.

Parágrafo único. O trabalho deve ser remunerado.

Internação em manicômio judiciário

Art. 91. O agente isento de pena, nos termos do art. 22, é internado em manicômio judiciário.

Parágrafo 1. A duração da internação é, no mínimo:

I- de 6 anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a 12 anos;

II- de 3 anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo a 8 anos;

III- de 2 anos, se a lei privativa de liberdade cominada ao crime, é, no mínimo de 1 ano;

IV- de 1 ano, nos outros casos.

Parágrafo 2. Na hipótese do número IV, o juiz pode submeter o indivíduo apenas a liberdade vigiada.

Substituição facultativa

Parágrafo 3. O juiz pode, tendo em conta a perícia médica determinar a internação em casa de custódia e tratamento, observados os prazos do artigo anterior.

Sessão da internação

Parágrafo 4. Cessa a internação por despacho do juiz, após a perícia médica (art. 81), ouvidos o Ministério Público e o diretor do estabelecimento.

Período de prova

Parágrafo 5. Durante um ano depois de cessada a internação, o indivíduo fica submetido a liberdade vigiada, devendo ser de novo internado se o seu procedimento revela que persiste a periculosidade. Em caso contrário declara-se extinta a medida de segurança.

Internação em caso de custódia e tratamento

Art. 92. São internados em casa de custódia e tratamento, não se lhes aplicando outra medida detentiva:

I- durante 3 anos, pelo menos, o condenado por crime a que a lei comina pena de reclusão por tempo não inferior, no mínimo, a 10 anos, se na sentença foram reconhecidas as condições do parágrafo único do art. 22;

II- durante 2 anos, pelo menos, o condenado por crime a que a lei comina pena de reclusão por tempo não inferior, no mínimo, a 5 anos, se na sentença foram reconhecidas as condições do parágrafo único do art. 22;

III- durante 1 ano, pelo menos, o condenado por crime a que a lei comina pena de privativa de liberdade por tempo não inferior, no mínimo, a 1 ano, se na sentença foram reconhecidas as condições do parágrafo único do art. 22;

IV- durante 6 meses, pelo menos, ainda que a pena aplicada seja o tempo menor, o condenado a pena privativa de liberdade por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez.

Parágrafo único. O condenado por crime a que a lei comina pena privativa de liberdade por tempo inferior, no mínimo a 1 ano, se na sentença foram reconhecidas as condições do parágrafo único do art. 22, é internado em casa de custódia e tratamento durante 6 meses, pelo menos, ou, se mais conveniente, submetido, por igual prazo, a liberdade vigiada.

Internação em colônia agrícola ou em instituição de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional

Art. 93. São internados em qualquer dos estabelecimentos referidos no art. 88, parágrafo 1, número III, segundo pareça ao juiz mais conveniente:

I- durante 2 anos, pelo menos, o condenado por crime doloso, se reincidente;

II- durante 1 ano, pelo menos:

a) o condenado a reclusão por mais de 5 anos;

b) o condenado a pena privativa de liberdade, se o crime se relaciona com a ociosidade, a vadiagem ou a prostituição.

Liberdade vigiada

Art. 94. Fora dos casos já previstos aplica-se a liberdade vigiada durante 1 ano, pelo menos:

I- ao egresso dos estabelecimentos referidos no art. 88, parágrafo primeiro, números II e III;

II- ao liberado condicional;

III- nos casos dos arts. 14 e 27;

IV- ao transgressor da proibição resultante do exílio local;

V- ao transgressor na proibição de freqüentar determinados lugares;

VI- se a lei não especifica a medida de segurança aplicável.

Normas da liberdade vigiada

Art. 95. Ao aplicar a liberdade vigiada, o juiz deve prescrever ao indivíduo as regras de comportamento destinadas a evitar nova infração da lei penal, podendo modifica-las no curso da execução.

Parágrafo único. A vigilância, na falta de órgão especial incumbe à autoridade policial.

Transgressão das obrigações resultantes da liberdade vigiada

Art. 96. No caso de transgressão das obrigações resultantes de liberdade vigiada, o juiz pode ressaltado o disposto no art. 64, parágrafo único, determinar a internação até 6 meses, em um estabelecimentos referidos no art. 88, parágrafo 1, números II e III.

Exílio local

Art. 97. O exílio local consiste na proibição de residir ou permanecer o condenado, durante 1 ano, pelo menos, na localidade, município ou comarca em que o crime foi praticado.

Proibição de freqüentar determinados lugares

Art. 98. A proibição de freqüentar determinados lugares é medida de prevenção especial e sua duração é no mínimo:

I- de 1 ano, imposta ao condenado por crime cometido sob a ação do álcool;

II- de 3 meses, nos outros casos.

Interdição de estabelecimento ou sede de sociedade ou associação

Art. 99. A interdição de estabelecimento comercial ou industrial, ou de sede de sociedade ou associação pode ser decretada por um tempo não inferior a 15 dias nem superior a 6 meses, se o estabelecimento, sociedade ou associação serve de meio ou pretexto para a prática de infração penal.

Parágrafo 1. A interdição do estabelecimento consiste na proibição ao condenado ou a terceiro, a quem ele o tenha transferido, de exercer no local o mesmo comércio ou industria.

Parágrafo 2. A sociedade ou associação, cuja a sede é interditada, não pode exercer em outro local as suas atividades.

Confisco

Art. 100. O juiz, embora não apurada a autoria, deve ordenar o confisco dos instrumentos e produtos do crime desde que consistam em coisas cujo fabrico, alienação, uso, porte ou detenção constitui fato ilícito.

A medida de segurança e a expulsão de estrangeiro

Art. 101. A imposição de medida de segurança não impede a expulsão de estrangeiro.

ANEXO 6

Decreto 24562, de 14 de maio de 1985.

Decreto 24562, de 14 de maio de 1985.

Regulamenta os artigos 10 e 11, da Lei número 6320, de 20 dezembro de 1983, que dispõem sobre doença mental.

O Governador do Estado de Santa Catarina, usando da competência privativa que lhe confere o artigo 93, item III, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no artigo 72 da Lei número 6320 de 20 de dezembro de 1983,

Decreta:

Capítulo I

Das Definições

Art. 1. Para efeitos do presente Regulamento termos e expressões a seguir são assim definidos:

I- ALTA HOSPITALAR- ato médico que configura a cessação da assistência médico-hospitalar.

II- ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA- conjunto de ações que visam à resolução de conflitos individuais ou grupais e ou sintomas iniciais de uma perturbação mental.

III- ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA- conjunto de ações destinadas a prestar atendimento em saúde mental à população.

IV- CAPACIDADE BIOPSISSOCIAL- condições físicas, biológicas, psíquicas e de relações sociais de uma pessoa.

V- CASOS DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA- estados de doença mental aguda em que existe situação de periculosidade para a pessoa ou para terceiros,

distúrbios de comportamento do indivíduo, incompatíveis com a vida social e que exigem uma assistência psiquiátrica imediata.

VI- CASOS DE EVASÃO - fuga de um doente mental de um estabelecimento de saúde onde estava internado sob tratamento.

VII- DEFICIENTE MENTAL- pessoa que se caracteriza pôr apresentar um nível de inteligência abaixo da média dos padrões considerados normais, dificultando a sua adaptação ao meio social, família e laborativo.

VII- DEPENDÊNCIA- alteração do comportamento que se caracteriza pôr uma compulsão a tomar droga, de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos ou para evitar o desconforto produzido pela privação ou abstinência.

IX- DEPENDENTE DO USO DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS OU ENTORPECENTES- indivíduos que em decorrência do uso abusivo de drogas, como pôr exemplo medicamentos, álcool, estimulantes e outros, desenvolve dependência física, psíquica, emocional, hábito, vício, toxicomania ou farmacodependência.

X- DESAJUSTADOS SOCIAIS- pessoas cujo comportamento não se ajusta às normas do meio em que vivem.

XI- DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE- abrange os processo que visam a diminuir a duração, os efeitos e as conseqüências dos distúrbios psiquiátricos comprovados.

XII- DOENÇA MENTAL- caracteriza-se pôr um estado de desequilíbrio psicológico com repercusões na esfera emocional e na função adaptativa de uma pessoa ao meio em que vive.

XIII- ESTADO PSICÓTICO- situação de doença mental que se caracteriza pôr distorção do senso de realidade, inadequação e falta de harmonia entre pensamento e efetividade, acompanhada frequentemente de alucinação e idéias delirantes.

XIV- GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- autorização pelo órgão previdenciário ou congênere, da realização dos serviços médicos e hospitalares, de modo a permitir sob regime de internação, a observação, o diagnóstico e o tratamento adequado, das condições que determinaram a sua solicitação.

XV- HOSPITAL FORENSE OU MANICÔMIO JUDICIÁRIO- estabelecimento especial destinado ao recolhimento de pessoas encaminhadas pôr determinação judicial e que além do cumprimento do que lhes é imposto pela justiça, também proporciona à pessoa tratamento médico-psiquiátrico. São encaminhadas para este tipo de estabelecimento pessoas que cometem delitos na vigência de doença mental ou que, pôr sua condição de periculosidade, necessitem medida de segurança ou que lhes seja determinada avaliação especializada para fim de emissão de laudo judicial para caracterização do grau de insanidade mental.

XVI- INCOMPATIBILIDADE COM A VIDA SOCIAL- caracterizada pôr graves distúrbios de comportamento que resultam em ações que transgridem as leis e normas do meio social em que a pessoa vive, exigindo a assistência médica psiquiátrica especial.

XVII- PACIENTE- pessoa que está sob ou necessita de cuidados médicos.

XVIII- PACIENTE AGUDO- paciente com estado patológico de início súbito, acompanhado de um conjunto de sintomas psíquicos, que exigem assistência psiquiátrica imediata.

XIX- PACIENTE CRÔNICO- paciente que após esgotados todos os recursos terapêuticos indicáveis, não mostra recuperação e permanece com dificuldades de ajuste ao meio sócio-familiar exigindo uma assistência psiquiátrica constante.

XX- PACIENTE EGRESSO- todo o paciente com alta de hospital psiquiátrico e que necessita tratamento ambulatorial posterior

XXI- PACIENTE INTERNADO VOLUNTARIAMENTE- situação em que uma pessoa achando-se mentalmente enferma, procura de livre e espontânea vontade, em regime de internação hospitalar que esta internação só pode acontecer

quando justificada pôr um quadro clínico compatível com tal ato e depende de avaliação médica.

XXII- PENSÃO PROTEGIDA OU LAR PROTEGIDO- estabelecimento funcionalmente ligado a um hospital psiquiátrico que tem como finalidade atender a situação de transição entre o hospital e a plena reintegração social, onde os pacientes que ainda não possam desfrutar de uma vida comunitária plena e já não precisem mais de hospitalização, permanecem provisoriamente em ambiente supervisionado.

XXIII- PERICULOSIDADE- condição em que o paciente põe em risco sua própria vida ou de terceiros, apresentando potencialidade para os crimes contra a propriedade e / ou contra as pessoas.

XXIV- PESSOA- pessoa física ou jurídica de direito público ou privado.

XXV- PREVENÇÃO- todas as medidas que objetivam reduzir a ocorrência de doença nas populações.

XXVI- PROCESSO TERAPEUTICO- tratamento a que se submete uma pessoa enferma e que é resultado da internação terapeuta/ paciente. Entende-se pôr terapeuta, em saúde mental, a pessoa que em determinado momento executa ação de tratamento dirigida a um paciente ou enfermo, como o médico, o psicólogo, o enfermeiro e o assistente social.

XXVII- REABILITAÇÃO- compreende as técnicas que objetivam evitar e /ou minimizar a incompatibilidade com a vida social do paciente.

XXVIII- RECORRER DA DECISÃO DO MÉDICO- situação em que um paciente internado em estabelecimento psiquiátrico, tem o seu pedido de alta negado pelo médico que o atende, cabendo nesta circunstância o direito do paciente de dirigir-se ao Diretor do Hospital que, mediante parecer de um especialista (psiquiatra) preferentemente do serviço público e que não pertença ao corpo clínico do Hospital, tomará as providências cabíveis.

XXIX- RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL- retorno ao estado normal de funcionamento das atividades psíquicas de um pessoa, perturbada pôr algum fator,

dentro do que se configurara como normalidade psíquica num determinado contexto social, cultural e moral. A recuperação é parcial quando persistem defeitos de ordem psicológica que exigem alguma forma de atenção, mas que podem permitir o retorno da pessoa ao seu meio de origem. A recuperação é total quando a pessoa é capaz, de acordo e dentro de seu meio, de exercer plenamente as suas funções psíquicas.

XXX- SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE- aqueles que, no mínimo, providenciam:

a)- educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle;

b)- promoção da nutrição apropriada;

c)- provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico;

d)- cuidados de saúde materno- infantil;

e)- imunização contra as principais doenças infecciosas;

f)- prevenção e controle de doenças endêmicas;

g)- tratamento apropriado de doenças e lesões comuns;

h)- fornecimento de medicamentos essenciais.

XXXI- SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL- organização ou estabelecimento que tem pôr finalidade prestar assistência psiquiátrica à população.

Art. 2.- As definições apresentadas no artigo anterior tem pôr finalidade explicar e facilitar a compreensão do texto legal não esgotando os conceitos respectivos, nem afastando outras definições legais ou científicas aplicáveis, especialmente no que diz respeito à educação em saúde, apuração de infração, aplicação de penalidades, ao reconhecimento de direitos e estabelecimento de deveres.

CAPÍTULO II

Dos Serviços de Saúde Mental

Art. 3- Conforme estabelece o art. 10 da Lei número 6320 de 20 de dezembro de 1983, toda pessoa portadora de doença mental ou dependente do uso de substâncias tóxicas ou entorpecentes poderá dirigir-se aos serviços de saúde mental oferecidos pelo Estado, a fim de recuperar-se.

Art. 4- Toda pessoa, comprovada sua insuficiência econômica, terá assistência psiquiátrica prestada pelo Estado, em estabelecimentos da rede oficial.

Parágrafo único- A toda pessoa serão asseguradas medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde mental, cabendo à Secretaria da Saúde pôr seus órgãos vinculados e/ou conveniados planejar, orientar e executar as ações necessárias ao cumprimento do disposto neste artigo.

Art. 5- A pessoa terá atendimento psiquiátrico prestado em estabelecimento dotado estrutura física, técnica e de pessoal, adequada à sua finalidade.

Art. 6- A pessoa receberá dos serviços de saúde, assistência psiquiátrica baseada em princípios técnico-administrativos de integração, de regionalização, de coordenação e de descentralização, conforme as seguintes diretrizes:

I- os serviços psiquiátricos devem estar integrados entre si e às outras especialidades médicas e/ou serviços básicos de saúde, bem como devem receber do Estado a atenção administrativa, organizacional e profissional necessária ao seu pleno funcionamento;

II- os serviços devem ser planejados, implantados e prestados de acordo com as necessidades da comunidade, dentro do princípio de uma assistência integral, tendo sempre em vista a progressiva regionalização assistencial;

III- os diferentes recursos médico-assistenciais de saúde mental devem ser articulados com o objetivo de que o paciente receba cuidados adequados na sua

própria comunidade, no decurso de todas as fases de sua doença, sem quebra da continuidade do processo terapêutico e com o mínimo prejuízo para sua capacidade laborativa.;

IV- na razão direta do aumento do grau das necessidades e da integração, regionalização e coordenação dos serviços, a supervisão e o controle serão progressivamente descentralizados, mantida contudo, a centralização normativa.

Art.7- A pessoa tem o direito de receber a melhor atenção e assistência para a sua recuperação, cabendo à Secretaria da Saúde prover a área de assistência psiquiátrica do Estado de recursos que a capacitem para oferecer assistência primária e atender pacientes agudos, crônicos e os casos de emergência.

Parágrafo 1- Para o cumprimento do que dispõe este artigo, o Estado deverá contar com uma rede assistencial que compreende as seguintes modalidades:

I- assistência extra-hospitalar- sendo o recurso assistencial prioritário e com as seguintes subdivisões:

a- assistência em ambulatórios estruturados com equipes psiquiátricas;

b- assistência em casos de emergência psiquiátrica;

c- assistência em regime de semi-hospitalização (Hospital Dia, Hospital Noite);

d- habitações em pensões ou lares protegidos.

II- assistência hospitalar- que preferentemente deverá obedecer à seguinte ordem:

a- hospitais gerais;

b- unidades psiquiátricas em hospitais gerais;

c- hospitais psiquiátricos.

Parágrafo 2- Nos Municípios-sede dos Centros Administrativos Regionais de Saúde do Estado, deverão existir, obrigatoriamente, ambulatório de saúde mental, unidade psiquiátrica em hospital-geral, ou hospital psiquiátrico com serviço de

atendimento às emergências psiquiátricas, garantindo assim uma assistência ampla e regionalizada.

Parágrafo 3- Aos pacientes instalados em pensões protegidas serão asseguradas a assistência e supervisão médico-psiquiátrica e social, meios de subsistência e o desenvolvimento de ações que visem a proporcionar atividades laborativas e recursos de reabilitação para uma vida comunitária ativa.

Parágrafo 4- Para cada grupamento populacional de 50.000 habitantes recomenda-se a existência de um serviço de assistência ambulatorial psiquiátrica.

CAPÍTULO III

Dos Profissionais de Saúde Mental

Art. 8- Toda a pessoa terá direito a receber assistência psiquiátrica especializada prestada pôr equipe multiprofissional.

Parágrafo 1- Toda equipe multiprofissional terá um núcleo operacional básico constituído pôr :

I- psiquiatria e /ou médico generalista;

II- assistente social;

III- enfermeiro;

IV- atendente de saúde pública.

Parágrafo 2- Técnicos de nível superior como psicólogos, enfermeiros psiquiátricos, terapeutas ocupacionais, sociólogos, psicopedagogos e outros serão integrados à equipe de acordo com as peculiaridades de cada serviço e a disponibilidade de profissionais.

Art. 9- O Diretor de qualquer estabelecimento, público ou privado, deverá fornecer a autoridade de saúde os dados e informes estatísticos solicitados de acordo

com o que for determinado em normas técnicas especiais, para elaboração de estudos de interesse na área da saúde mental.

Art. 10- Ao médico psiquiatra, com título de especialista emitido pôr órgão oficial e registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado, caberá a direção clínica de qualquer estabelecimento psiquiátrico.

Art. 11- Os profissionais que atuam nos programas de saúde mental terão direito ao aprimoramento técnico para melhor desempenho de suas funções.

CAPÍTULO IV

Da Internação Hospitalar

Art. 12- O doente mental somente será internado, mediante guia de internação hospitalar e/ou atestado médico que justifique a necessidade dessa providência, observado o prescrito no artigo 11, da Lei número 6320/83.

Art. 13- A pessoa não poderá ser internada em estabelecimento psiquiátrico do Estado, público ou privado, sem que ocorra uma condição clínica compatível com tal medida, definida através de avaliação médica prévia manifestada nos termos do presente Regulamento.

Parágrafo 1- São consideradas condições compatíveis como internação em estabelecimentos psiquiátricos ou estados psicóticos, e/ou a periculosidade e a incompatibilidade com a vida social.

Parágrafo 2- A internação psiquiátrica só pode ser efetuada mediante atestado médico e/ou guia de internação hospitalar em que constem os elementos básicos de identificação do paciente com o diagnóstico provável e a caracterização dos transtornos psicopatológicos que justifiquem a internação.

Parágrafo 3- É vedada a permanência de doente mental em estabelecimento policial, penitenciário ou similar, exceto aqueles recolhidos em Hospital Forense ou

Manicômio Judiciário, devendo o mesmo ser encaminhado para avaliação médica que determinará as providências necessárias.

CAPÍTULO V

Da Alta Hospitalar

Art. 14- A todo paciente internado em estabelecimento psiquiátrico será concedida alta, nas seguintes condições:

I- aos que tenham sido internados voluntariamente, quando estes solicitarem ao médico assistente, salvo no caso de iminente perigo para o próprio paciente e para a sociedade, podendo, se for o caso recorrer da decisão do médico;

II- aos que tenham a alta solicitada pelos familiares ou seu representante legal, quando estes firmarem termo de responsabilidade pelo tratamento e cuidados exigidos, no caso da alta estar contra-indicada em qualquer circunstância;

III- aos que tenham sido internados pôr indicação médica, quando o médico assistente julgar cessada a indicação de assistência em regime hospitalar;

IV- aos que tenham sido admitidos pôr decisão judicial, quando a autoridade que determinou sua internação julgar cessada a indicação de recolhimento, decorrente de laudo ou parecer do médico assistente, através do diretor do estabelecimento.

Parágrafo único- A autoridade judicial expedirá documento ou alvará de soltura, cessada a indicação de internação.

Art. 15- Todo paciente, internado, que estiver em condições de alta hospitalar, não poderá permancer no hospital, sendo garantido o seu retorno ao meio sócio-familiar, a exceção feita aos admitidos judicialmente.

Art. 16- Ao diretor de estabelecimento psiquiátrico caberá comunicar à família e à autoridade policial os casos de evasão, para que sejam tomadas medidas de retorno do paciente ao hospital e prosseguimento do tratamento.

Art. 17- O médico poderá conceder licença de retorno experimental ao meio socio- familiar a paciente internado e sob a sua responsabilidade, com a finalidade de proceder a uma melhor avaliação da capacidade de reintegração do mesmo.

CAPÍTULO VI

Do doente mental

Art. 18- A toda pessoa será proporcionada assistência psiquiátrica de forma a promover a prevenção da doença mental, garantir o diagnóstico e viabilizar os meios de reabilitação que objetivam evitar ou minimizar a incompatibilidade com a vida social do paciente.

Parágrafo 1- Para efeito de cumprimento do que dispõe este artigo, a assistência psiquiátrica no Estado deverá ser universal, abrangendo os diferentes grupos etários e compreender:

I- assistência psiquiátrica materno-infantil;

II- assistência psiquiátrica ao adolescente;

III- assistência psiquiátrica ao adulto;

IV- assistência psiquiátrica ao idoso;

V- assistência psiquiátrica aos dependentes de drogas e desajustados sociais;

VI- assistência ao deficiente mental.

Art. 19- Toda pessoa em tratamento psiquiátrico poderá participar voluntariamente, de atividades laborativas com fins terapêuticos indicados pelo profissional responsável e sob sua supervisão, em instituições hospitalares e para-hospitalar de assistência psiquiátrica.

Art. 20- Toda pessoa que necessitar avaliação pericial psiquiátrica, deverá ser submetida a exame pôr médico psiquiatra, devidamente habilitado para o exercício da especialidade no Estado.

Art. 21- Toda pessoa portadora de doença mental que cometer crime no decurso de internação hospitalar deverá ser transferida para Hospital Forense ou Manicômio Judiciário, cabendo ao diretor do estabelecimento notificar o Promotor de Justiça, para que sejam tomadas as providências.

Art. 22- A toda pessoa portadora de doença mental quando internada, será assegurada proteção social através de pessoas da família, do responsável legal ou do diretor do estabelecimento.

Art. 23- A pessoa internada em estabelecimento psiquiátrico que possuir bens, receber rendas ou pensões de qualquer natureza e não tiver tutor ou curador, terá garantia e a segurança de seu patrimônio.

Parágrafo 1- Cabe ao diretor do estabelecimento comunicar à autoridade competente para que sejam tomadas as providências que permitam o fiel cumprimento do que dispõe este artigo.

Parágrafo 2- Entende-se pôr autoridade competente, neste artigo, o representante do Ministério Público ou Juiz da Comarca onde está localizado o estabelecimento de saúde.

CAPITULO VII

Das Disposição Finais

Art. 24- A caracterização das infrações, pôr inobservância ou transgressão dos preceitos estabelecidos neste Regulamento, bem como a sua apuração e aplicação das penalidades cabíveis, serão feitas na forma do Decreto número 23.663, de 16 de outubro de 1984.

Art. 25- Revogam-se, além do Decreto número 2.076, de 28 de julho de 1928, os dispositivos do Decreto número 5.321, de 14 de julho de 1978 alterados pelo presente Regulamento, bem como as demais disposições em contrário.

Florianópolis, 14 de março de 1985