

LIDERANÇA DO PT
ASSESSORIA TÉCNICA DA BANCADA

PARECER TÉCNICO SOBRE O PROJETO DE LEI 3.657-C, DE 1989.
(EXTINÇÃO PROGRESSIVA DOS MANICÔMIOS)

DO PROJETO DE LEI:

Autor: Dep. Paulo Delgado - PT/MG

Ementa do Projeto Original: *"Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória"*

Da Tramitação do Projeto:

- a) O PL apresentado na Câmara dos Deputados em **12/09/1989**.
- b) O PL recebeu parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, em **04/04/1990**, pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa, com emenda, corrigindo apenas (em relação à técnica legislativa) um pequeno erro existente na redação do art. 4º do Projeto Original onde deveria ser feita uma menção ao **Decreto** nº 24.559, de 3 de julho de 1934 e constava a menção ao **decreto-lei** de mesmo número e data, porque à época, o Presidente da República legislava através de decretos;
- c) Da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação, em **06/junho/1990**, com a seguinte emenda:

"Acrescente-se ao art. 1º o seguinte parágrafo único:

Parágrafo único: "Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual"

- d) Foi encaminhado ao Senado Federal em **1991**, onde foi aprovado, com substitutivo.

Ementa do Substitutivo do Senado Federal: *"Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental"*.

O Art. 1º da proposição assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos psíquicos sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

O Art. 2º do PL assegura à pessoa portadora de transtorno psíquico ou a seus familiares ou responsáveis o direito de serem informados formalmente sobre os seguintes direitos, enumerados em seu Parágrafo único:

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

O Art. 3º atribui ao Estado a responsabilidade pelo desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a participação da sociedade e da família, que deverá ser prestada em estabelecimento de saúde mental.

O Art. 4º atribui ainda, ao Poder Público, a responsabilidade de destinar recursos orçamentários para a construção e a manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, especificando que a **construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, devendo ser submetidas e aprovadas pelas comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde.**

O Art. 5º deste PL estabelece que a **internação**, em qualquer de suas modalidades será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

O § 1º este artigo estabelece como finalidade permanente (da internação) a reinserção social do paciente em seu meio.

O § 2º define que o tratamento à pessoa tratada em regime de **internação** seja estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

O § 3º **veda a internação** de pacientes em instituições com **características asilares**, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º desta proposição.

O Art. 6º, estabelece que os pacientes com longo tempo de hospitalização ou com características de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob a responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurando-se a continuidade do tratamento.

O Art. 7º com o parágrafo único da proposição estabelece que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, de acordo com os seguintes conceitos:

"I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

O Art. 8º estabelece que a pessoa que solicitar voluntariamente sua internação ou que a consentir, deve **assinar**, no momento da internação, uma **declaração** de que optou por esse regime de tratamento.

No parágrafo único deste art. fica estabelecido que o **término da internação voluntária** dar-se-á por **solicitação escrita do paciente** ou por **determinação do médico assistente**.

No Art. 9º fica definido que a **autorização para internação** de pacientes, **voluntária ou involuntária**, seja autorizada por **médico** devidamente inscrito no CRM do Estado onde se localiza o estabelecimento.

O Art. 10. estabelece que a **internação involuntária** deverá, **no prazo de 72 horas**, ser **comunicada ao Ministério Público** Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento, devendo esse procedimento ser **adotado no momento da alta**.

O § 1º deste art. autoriza o **Ministério Público**, ex-offício, no atendimento de denúncia ou por solicitação familiar ou de representante legal do paciente **designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental** da qual necessariamente deverá fazer parte um médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o **prosseguimento ou a cessação** da **internação involuntária**.

O § 2º estabelece as condições para o **término da internação involuntária** (por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento).

O Art. 11 estabelece que a **internação compulsória** seja **determinada pelo juiz competente**, que levará em conta as **condições de segurança** do estabelecimento, quanto a salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

O Art. 12 responsabiliza a **direção do estabelecimento de saúde mental** pela **comunicação aos familiares**, ou ao **representante legal** do paciente, bem como à **autoridade sanitária responsável**, no prazo de 24 horas da data da ocorrência, a evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento do paciente.

O Art. 13 regulamenta as condições em que **não poderão ser realizadas pesquisas científicas** para fins diagnósticos ou terapêuticos: sem o **consentimento expresso do paciente ou seu representante legal**, sem comunicação aos **conselhos profissionais competentes** e ao **Conselho Nacional de Saúde**.

O Art. 14 autoriza o Conselho Nacional de Saúde a instituir comissão nacional para acompanhar a implementação da Lei.

O Art. 15 define que esta lei entrará vigor na data de sua publicação.

Do parecer:

Da Inconstitucionalidade:

A proposição atende os requisitos de constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa, tanto em seu original da Câmara dos Deputados como em seu Substitutivo apresentado pelo Senado Federal.

Do Mérito:

Como se pode constatar, é uma proposição que tramita no Congresso Nacional há **11 anos**.

Provavelmente, nenhuma outra questão da Saúde Pública do País traz tanto incômodo em nossa sociedade, no setor saúde e no próprio Congresso Nacional, atualmente, como a forma como ainda são tratadas as pessoas que são portadoras de transtornos psíquicos.

O modelo de tratamento dos transtornos psíquicos do Brasil, por meio das internações psiquiátricas é visivelmente retrógrado, autoritário e fere frontalmente os direitos humanos e de cidadania dos seus usuários, não se caracterizando, em nenhuma hipótese, em algo parecido a procedimento terapêutico ou tratamento de saúde.

Nestes 11 anos de luta incansável dos trabalhadores, de gestores de saúde e dos usuários dos serviços de saúde mental, pela aprovação deste Projeto, os dirigentes dos estabelecimentos psiquiátricos tiveram tempo suficiente para demonstrarem como poderiam (os manicômios) ser transformados, mesmo no sentido que propõem os Arts. 4º e 5º do Substitutivo do Senado ou o modelo assistencial como um todo. Do que podemos verificar, o máximo que alguns conseguiram foi, na verdade, "*humanizar minimamente o processo exclusão*" especialmente em relação a hotelaria, numa amostragem insignificante para uma política nacional de saúde mental humanizada e resolutiva.

Em relação a outros países podemos colocar o Brasil, hoje, entre os mais atrasados do mundo em relação ao modelo de atendimento às pessoas com transtornos psíquicos. Por outro lado, as poucas experiências implementadas no País, com referência nesta proposição, tornaram-se referência nacional e internacional de sucesso, tanto pela resolubilidade que apresentaram, como pelo processo de inclusão social que estabeleceram.

Existe hoje, em nossa sociedade, uma tendência de plena intolerância a mecanismos que tendem a manter ou implementar instituições ou mecanismos excludentes (asilares ou prisionais) em nosso meio. No próprio Direito Penal moderno, existe uma tendência à *descriminalização das condutas*, substituindo as *penas restritivas de liberdade*, por *penas restritivas de direitos ou pecuniárias* (penas alternativas), como prestação de serviços à comunidade, proibição de frequentar determinados locais, multas, entre outros. Na saúde, temos a luta do movimento contra os manicômios, contra o tratamento asilar para a hanseníase, a tuberculose e, mais recentemente, a AIDS.

O Projeto original estabelece, para o Poder Executivo, o prazo de um ano para a reorganização do novo modelo assistencial para a saúde mental. Tivesse sido aprovado há onze anos, certamente que o Brasil teria hoje outra situação epidemiológica em relação a sua população portadora de transtornos psíquicos e a qualidade de vida dessas pessoas estaria visivelmente num patamar mais elevado.

Finalmente, ressaltamos que a votação desta proposição pela Câmara dos Deputados desperta, em toda a sociedade brasileira, expectativas semelhantes às experimentadas com a votação da Emenda Constitucional 29 que definiu recursos para a saúde e a Lei que proíbe a comercialização do sangue. São interesses antagônicos em disputa. Neste caso, de um lado os usuários, familiares, profissionais e gestores de saúde e muitos outros, defendendo a dignidade, a cidadania e o tratamento adequado aos portadores de transtornos psíquicos e de outro lado, os empresários da loucura defendendo seus negócios e lucros.

Parecer:

Nossa opinião é coerente com o movimento da luta anti-manicomial que em Plenária Nacional realizada em Goiânia, em dezembro de 2000 e no 4º Encontro Nacional de Entidades e Familiares avaliaram o Substitutivo aprovado pelo Senado e propuseram o que estamos defendendo:

1) Opinamos pela **aprovação** do PL original, com as emendas aprovadas pela Comissão de Constituição e Justiça e de Redação e pela Comissão de Seguridade Social e Família, como foi aprovado na Câmara dos Deputados e pela **rejeição** do **Substitutivo** adotado pela Senado Federal.

2) **No caso da rejeição do Projeto original pela Câmara dos Deputados**, somos favoráveis ao Substitutivo adotado pelo Senado Federal, **DESDE QUE, E SOMENTE SE, FOREM ADOTADAS AS SEGUINTE EMENDAS:**

a) Emenda Supressiva:

Suprima-se o art. 4º do substitutivo, renumerando-se os seguintes.

JUSTIFICAÇÃO

A proposição original, apresentada pelo autor e adotada pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, com emenda, tem como **centralidade**, exatamente, a extinção progressiva dos manicômios, neste caso, as internações psiquiátricas e a sua substituição por outros recursos assistenciais. Não é possível portanto, que a

"construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos psiquiátricos"

tornem-se matérias regulamentadas nesta proposição. O que se quer regulamentar é exatamente a extinção progressiva dos manicômios e a construção de unidades de saúde e serviços de saúde mental que possibilitem a implementação de um *outro modelo assistencial* que contraponha ao *modelo manicomial* de exclusão social do portador de transtornos psíquicos vigente e que sejam assegurados a todos os usuários a assistência adequada, os direitos humanos e de cidadania definidos na legislação brasileira.

b) Emenda Supressiva:

Suprima-se o art. 5º e seus parágrafos, renumerando-se os seguintes.

JUSTIFICAÇÃO

Na mesma direção do Art. 4º do substitutivo, o Art. 5º propõe regulamentar a indicação das internações psiquiátricas,

"quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes"

e seus parágrafos 1º, 2º e 3º tentam regulamentar as "*condições aceitas*" para a internação.

É o caso de esclarecer que esta proposição é exatamente para resolver o problema histórico da "*insuficiência dos hospitais psiquiátricos*" em resolver a situação das pessoas com transtorno psíquico no Brasil.

Este projeto tramita há mais de **11 anos** no Congresso Nacional e, durante este tempo, os hospitais psiquiátricos não conseguiram provar que são "**suficientes**" e capazes de modificar o modelo de atenção, desumano e excludente em vigor, como ficou demonstrado durante a Primeira Caravana Nacional de Direitos Humanos - Uma amostra da realidade manicomial brasileira, realizada pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados no ano próximo passado que, conforme relatório, em vários estabelecimentos, confundia-se os manicômios com prisões, tamanha a sua semelhança, pela estrutura física, pelo abandono e falta de convívio social dos seus usuários, pela violência com que são tratados, por internações abusivas, pela inadequação do "tratamento", entre outras mazelas.

Neste período também, o Governo não modificou o sistema de remuneração dos serviços de saúde mental oferecidos, fazendo prevalecer a concepção da atenção hospitalar asilar, com o repasse de recursos, em sua maior parte, na forma de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, supervalorizando e legitimando as internações psiquiátricas do atual modelo.

Como bem citou, o Dep. Carlos Mosconi em seu relatório do Projeto na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, vale a pena reafirmar as considerações do Professor Clóvis Martins, livre docente da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da USP e, naquela época, Presidente da Associação Latino-Americana de Psiquiatria:

"Os velhos manicômios tem o seu destino traçado. Os maiores esforços e as melhores intenções no sentido de humanizá-los e adaptá-los às exigências do tratamento psiquiátrico fracassaram diante da impenetrabilidade de seus muros, da frieza de suas paredes, e da miséria de suas instalações. Constituem em toda parte problema indissolúvel, sorvedouro de recursos e constante motivo de crítica da própria sociedade que os mantêm. A única solução para eles é a demolição pura e simples. Mesmo a suntuosidade de alguns não lhes tira a frieza essencial e o aspecto de prisão dos velhos asilos nos quais se inspiraram".

Continuando...

"O doente mental que necessita de hospitalização deve ser tratado num hospital-geral, tal qual o cardíaco, o operado, o acidentado. A unidade ou serviços de psiquiatria num hospital geral deve ser um prolongamento ou uma clínica especializada como todas as existentes no estabelecimento, delas se distinguindo apenas pelas peculiaridades mínimas, por que cada uma das outras também se individualizam. São estes serviços psiquiátricos que deveriam existir obrigatoriamente em todos os hospitais gerais, os que um dia substituirão o velho manicômio".

(Revista Atualidades Médicas - Suplemento: Psiquiatria Atual - Vol. VIII - nº VI)

Brasília, 20/03/2001

Conceição Rezende
Assessora Técnica da Bancada do PT