

**O ESTATUTO JURÍDICO E FORMAS DE RECONHECIMENTO DO DITO  
LOUCO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA:  
RECORTE HISTÓRICO-ANALÍTICO DE TRÊS NORMATIVAS**

*The Legal Status And Recognition's Forms Of The Called Mad In The Brazilian  
Psychiatric Reform: Historical-Analytical Cutting From Three Normative*

Cristofthe Jonath Fernandes<sup>1</sup>

Pedro Renan Santos de Oliveira<sup>2</sup>

Aluísio Ferreira de Lima<sup>3</sup>

Maria Vânia Abreu Pontes<sup>4</sup>

---

Artigo encaminhado: 30/03/2021

Artigo aceito para publicação: 06/12/2021

**RESUMO:** O atual cenário político apresenta-se de forma desafiadora para a defesa dos direitos sociais, o que nos alerta com relação à urgência de (re)avaliarmos as reais conquistas alcançadas, em particular, pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente no contexto de dez anos de efetivação da rede de atenção psicossocial (RAPS). Assim, o objetivo desse artigo é investigar possíveis transformações do estatuto jurídico, em seus aspectos psicossociopolíticos, que permitem dadas formas de reconhecimento do dito "louco" no seio da assistência à saúde mental no Brasil. Para tanto, partindo de uma abordagem qualitativa, realizamos uma pesquisa longitudinal de análise comparativa-crítica dos últimos três principais textos legislativos nacionais publicados desde 1934 até a homologação da atual lei, já no século XXI, os quais versaram sobre a assistência à saúde mental. Os textos foram submetidos à análise a partir de três núcleos temáticos (de significação): as formas de referenciar os sujeitos que utilizam os serviços de assistência à saúde; as modalidades de internamento psiquiátrico previsto; e a garantia dos direitos civis desses sujeitos. Ao final, apresentamos um quadro analítico-comparativo, que nos evidencia as categorias de análise, avanços e retrocessos da atual legislação.

---

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará, com realização de intercâmbio na Universität zu Köln (Alemanha). Email: up201802555@fpce.up.pt

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia pela UFC - com estância doutoral na Universidad Complutense de Madrid (UCM). Mestre em Saúde da Família (UFC). Especialista com Residência em Saúde da Família e Comunidade (UECE). Formação e Bacharelado em Psicologia – UFPE. Email: pe\_renan@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Psicólogo com Pós-Doutorado, Doutorado e Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Especialista em Saúde Mental pela Universidade de São Paulo (USP) e Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP/11). Email: aluisiolima@hotmail.com

<sup>4</sup> Bacharel em Direito. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Advogada OAB-CE. Membro da Associação Brasileira dos Advogados Criminalistas (ABRACRIM). Email: vaniapontes@yahoo.com.br

**Palavras-chave:** Desinstitucionalização. Saúde mental. Legislação. Psicologia social. Psicologia política.

**ABSTRACT:** The current political scenario presents itself in a challenging way for the defense of social rights, which warns us about the urgency of (re)evaluating the material achievements, in particular by the Brazilian Psychiatric Reform, especially in the context of 10 years of effectuation of the psychosocial care network (RAPS). Thus, this article aims to investigate possible changes in the legal situation, in its psycho-sociopolitical aspects, which allow specific ways of recognizing the so-called "mad" in mental health care in Brazil. Therefore, with a qualitative approach, we carried out a longitudinal research of comparative-critical analysis of the last three main national legislative texts, published since 1934 until the ratification of the current law, already in the 21st century, which refer to the mental health assistance. The texts were analyzed based on three thematic cores (of significance): the ways of referencing the subjects who use health care services, the foreseen types of psychiatric hospitalization, and the guarantee of the civil rights of these subjects. In the end, we present an analytical-comparative framework, evidencing categories of analysis, advances, and setbacks of the current legislation.

**Keywords:** Deinstitutionalization. Mental health. Legislation. Social psychology. Political psychology.

## 1 INTRODUÇÃO

Recentemente, o Ministério da Saúde (MS) emitiu a Nota Técnica nº. 11/2019, a qual coloca fim à prioridade da assistência à saúde mental de caráter comunitário, valoriza monetariamente a diária do internamento no hospital psiquiátrico e incentiva o uso da eletroconvulsoterapia. Desse modo, para o citado Ministério, “todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019) e ocorrem sob a justificativa de promover a expansão, fortalecer e melhorar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O documento é caracterizado pelo órgão, ainda, como formalizador de um processo “evolutivo” da reforma da assistência à saúde mental, sempre atento a não se perder a essência da Lei nº. 10.216/2001 (CASA CIVIL, 2001).

Diversas organizações da sociedade civil expressaram repúdio à referida Nota Técnica (ABRASCO, 2019; CFP, 2019; CREFITO-RS, 2019; COREN-SP, 2019; entre outros), resultando na recolhida da nota por parte do MS. Tal episódio é representativo da atual política nacional, caracterizada pelo constante ataque aos direitos sociais, os quais são defendidos por setores progressistas da sociedade civil que entram em franco confronto a essa política. Mais que

representativo, essa normativa é concretamente analisada por pesquisadores da reforma como a efetivação de outra direção à reforma (LIMA, 2019; CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Identificamos, entre eles, conclusões convergentes: as mudanças propostas configuram um retrocesso na política de saúde mental e chegam a configurar uma contrarreforma no campo da saúde mental. Assim, se por um lado o cenário político torna a defesa de direitos sociais extremamente desafiadora, por outro ele alerta a urgência de (re)avaliarmos as efetivas conquistas alcançadas, e em nosso caso especificamente, as conquistas da Reforma Psiquiátrica.

Diante do cenário apontado - especialmente no completar de dez anos da política que instituiu a RAPS (BRASIL, 2011) como um dos maiores avanços desses 40 anos de profundas transformações no campo da Saúde Mental, foco deste dossiê - o estudo aqui relatado compõe pesquisa mais ampla, desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (PPGPSI/UFC), a qual buscou avaliar o atual estado e curso da denominada Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Avaliação parametrizada a partir da concepção de que a reforma psiquiátrica tem como objetivo a desinstitucionalização tomada, aqui, pela proposição dos teóricos da psiquiatria democrática italiana:

A desinstitucionalização muda progressivamente o estatuto jurídico do paciente (de paciente coagido a paciente voluntário, depois o paciente como “hóspede”, depois a eliminação dos diversos tipos de tutela jurídica, depois o restabelecimento de todos os direitos civis). Em síntese, o paciente se torna cidadão em pleno direito e muda com isto a natureza do contrato com os serviços. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 34)

O conceito de desinstitucionalização tornou-se objeto de distintos estudos, a partir de sua operacionalização em dois âmbitos: micro e macrossociológico. Em análise do âmbito microssociológico/técnico, posto como criação de serviços em saúde mental totalmente substitutivos aos manicômios, verificou-se que a redução de leitos em hospitais psiquiátricos não foi acompanhada pelo aumento proporcional dos serviços substitutivos (FERNANDES; LIMA; OLIVEIRA, 2019; FERNANDES *et al*, 2020). Já o âmbito macrossociológico/normativo da desinstitucionalização tornou-se objeto desse artigo, tomado como alteração do estatuto jurídico das pessoas em sofrimento mental, conforme operacionalizamos. Assim, o objetivo dessa pesquisa

consistiu, então, em investigar possíveis transformações do estatuto jurídico, em seus aspectos psicossociopolíticos, que permitem dadas formas de reconhecimento do dito "louco" no âmbito da assistência à saúde mental no Brasil.

A concepção de reconhecimento adotada neste artigo alinha-se à desenvolvida por Axel Honneth (2009), que inaugura o *recognition turn* no âmbito da teoria crítica. A partir de Honneth, as discussões sobre reconhecimento permitem análise dos processos de construção subjetividade dos indivíduos pela história de lutas e conflitos nos entremeios dos processos de socialização, os últimos que viabilizam pressuposto significativos de moralidade e valorização para construção da autoconfiança, autorespeito e auto-estima. Pelo reconhecimento, a consciência do eu, ou mesmo enunciações de uma identidade podem ser compreendida enquanto contingência das corporificações individuais dos conflitos sociais inerentes a socialização, implicando, por exemplo, no autoreconhecimento enquanto uma reprodução para si a partir das atribuições que recebera nas interações no mundo. O autor defende que a análise das condições de reconhecimento oferece a possibilidade de identificação da patologia social, que não pode ser reduzida a uma simples violação de princípios de justiça, mas antes é uma violência extrema contra os membros de toda a sociedade. Nessa direção, por patologias do social, Honneth discute os estados de crises existenciais e sofrimento psíquico dos sujeitos enquanto resultado das violações na construção das experiências de amor, direito e, especialmente, das relações de solidariedade. As diferentes formas da violência nas experiências de autoconfiança, autorespeito e auto-estima evidenciam as estruturas de heteronomia e seletividade de uma sociedade pautada na razão instrumental, interessada na manutenção de classificações excludentes e marginalizadoras das minorias.

Além disso, para Honneth (2003) é possível identificar uma ligação entre autorrelacionamento e reprodução da vida social, que está vinculada estruturalmente (com base no autorrespeito e autonomia para participação da vida pública) com as relações de reconhecimento. Especificamente, as questões de reconhecimento, sobretudo sua negação, expressam de forma imanente os limites da participação democrática e da inclusão social no mundo da vida, seja nas configurações subjetivas das identidades (atravessadas pelo patriarcado,

pelo racismo etc.) ou, ainda, nos processos de produção e administração pelos sistemas sociais (do próprio capitalismo e reprodução das relações de poder), de forma a viabilizar uma analítica psicossociológica capaz de resolver os déficits da proposta habermasiana, base do pensamento honnethiano. Essa concepção interessa-nos porque o aprofundamento que conecta a discussão de reconhecimento em Honneth com a análise das condições de transformação social no Brasil, como apropriado já em outros estudos psicossociais (LIMA, 2010), demonstra que a dinâmica do desenvolvimento histórico moral da sociedade – e o estudo do estatuto da loucura ou do louco em nosso caso, por ser emblemático – deve ser entendida como uma luta por reconhecimento (HONNETH, 2003).

Conforme assinala Aluísio Lima (2010), a dinâmica de reconhecimento em sua concretização no cotidiano brasileiro — atravessado pelo racismo estrutural, colonialismo e exploração de corpos e subjetividades —, tem se expressado como elemento de administração da realidade instituída, ou seja, como um reconhecimento perverso. Para o autor, essa forma de reconhecimento no campo da Saúde Mental se expressa não porque o outro, profissional da Psicologia ou Psiquiatria, apenas escuta e reconhece a pessoa como alguém que está ali com uma situação problemática, mas “porque desconsidera toda sua história e a convence de que o problema é uma loucura individual” (LIMA, 2010, p. 216). Isso é, desconecta o sofrimento das condições em que está lançado na sociedade, reforçando a persistência de práticas manicomiais em espaços substitutivos, para formas de reconhecimento que, embora críticos da lógica biomédica e psiquiátrica, seguem dependentes dos códigos e enquadramentos consolidados por ela. Em outras palavras, um tipo de reconhecimento que é materializado como aquele “que reduz as infinitas possibilidades de criação das personagens [papéis – não substanciados – nas dinâmicas de identidades] à representação de uma identidade fetichizada, estigmatizada” (LIMA, 2010, p. 183), como se vê no estatuto social do louco.

Esta seria, portanto, uma forma de reconhecimento que segue na contramão daquele promotor da alterização – denominado pelo autor como reconhecimento pós-convencional. Esse tipo específico de reconhecimento se configura como aquele que não parte das coordenadas e dos enquadramentos pressupostos como se estes adiantassem qualquer história de sofrimento, mas

um reconhecimento que exige um reposicionamento operado a partir do questionamento de toda e qualquer identidade pressuposta, “efetuado a partir da própria diferença” (LIMA, 2010, p. 202). Enquanto que o reconhecimento media a correspondência das identidades aos convencionais interesses sistêmicos de uma sociedade pautadas no capitalismo, a proposta analítica do reconhecimento pós-convencional implica no engajamento político do indivíduos na apropriação de pressupostos e recursos intersubjetivos nos mundo, enquanto recurso para a construção de identidades coerentes e contemporâneas as suas condições existenciais no mundo, não restringindo-se ao tradicional e convencional socialmente imposto (LIMA & LIMA, 2012).

Metodologicamente, a categoria reconhecimento é central para os estudos psicossociais conectados com as formas de emancipação, visto que estudar formas de reconhecimento é o próprio estudo dos limites nos modos de transformação social, uma vez que o reconhecimento é ato que só se realiza em luta. Luta entendida como “uma pressão, sob a qual, permanentemente, novas condições para a participação na formação pública da vontade vêm à tona” (ROSENFELD; SAAVEDRA, 2013, p. 22).

Portanto, postuladas que as relações de reconhecimento contêm pretensões normativas na sua estrutura, as quais possibilitam o esclarecimento da mudança social, o aparato jurídico seria, ainda que não exclusivamente, exemplo e efeito das disputas de poder nas lutas por reconhecimento. Dizendo de outra maneira, ao reconhecermos alguém como portador de determinadas características ou capacidades – como os ditos “loucos”, ou pessoas em situação de sofrimento psíquico – reconhecemos seu *status* normativo e estamos supostamente assumindo responsabilidade por tratar este alguém de determinada forma (MARTINEZ, 2017). O contrário - o não reconhecimento - neste caso (especialmente ao falarmos da tradição da loucura), pode significar privação de direitos e marginalização.

Se em um ano tão importante como este, em que dez anos se completam da fundação da RAPS e vinte da Lei 10.216, com necessária edição temática das tantas revistas compromissadas com a efetivação do movimento da RPB, acreditamos que o estudo da imbricada relação Sujeito-Sociedade-Estado, especialmente versando as distintas formas de reconhecimento da loucura, pode



ser estratégico para compreender os desafios do presente que tantas vezes parece ser o futuro do passado.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

De delineamento qualitativo, esse estudo realiza análise comparativa-crítica longitudinal, de tipo intencional, dos últimos dois textos legislativos nacionais - um com força de Decreto, outro caracterizado como Lei Ordinária - e um Projeto de Lei (transitado no Congresso Nacional), os quais versaram sobre a assistência à saúde mental, totalizando três normativas significativas na história da RPB. Os documentos em análise são, então: a Lei nº 10.216/2001 (CASA CIVIL, 2001), atual legislação básica da assistência à saúde mental; o Projeto de Lei nº 3.657/1989 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989) que lhe deu origem, e nos permitirá perceber as distinções entre o proposto nesse projeto e o efetivado pela lei; e o Decreto-Lei nº 24.559/1934 (PODER EXECUTIVO, 1934), que regia a assistência à saúde mental até a homologação da atual lei de 2001, portanto, com vigência de 65 anos no país.

Apesar de não tomarmos previamente nenhuma doutrina ou teorias de análise advindas da especificidade das ciências jurídicas – já que analisamos normativas – a perspectiva de análise aqui imbuída advém da Psicologia Social e Psicologia Política, em interface entre Teoria Crítica da Sociedade (especialmente na Teoria do Reconhecimento como em Axel Honneth e o Sintagma da Identidade-Metamorfose-Reconhecimento em Antônio Ciampa) (HONNETH, 2003, 2009; LIMA, 2010) e os estudos críticos em Saúde Mental, como àqueles desenvolvidos por autores seminais como Foucault, Szasz, Basaglia e, especialmente, Franco Rotelli, além de, no Brasil, Jurandir Costa (FOUCAULT, 2012; SZASZ, 1977; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990; BASAGLIA, 2005; COSTA, 2006).

Coerentes com a perspectiva teórica adotada, realizamos análise crítica imanente dos textos, de forma que estes não foram apenas vistos como documentos fáticos que poderiam nos levar a compreensão do passado, mas, principalmente, porque possibilitaram o acesso a uma imagem em que “o ocorrido encontra o agora num lampejo, formando uma constelação”, e essa imagem, escreve, “é dialética na imobilidade” (BENJAMIN, 2018, p. 767-768). Escolha que corroborou com o objetivo analítico que consistiu em identificar as

alterações do estatuto jurídico-conceitual da pessoa em sofrimento mental — de “paciente coagido” para “cidadão” com garantia de direitos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990) — que propiciaram dadas formas de reconhecimento do sujeito em sofrimento mental, visto que a linguagem não é só usada para descrever como as coisas são, mas também para determinar como deveriam ser (SZASZ, 1977). Assim, os textos legislativos foram analisados a partir de três núcleos temáticos (*Referência ao Sujeito*, *Modalidades de Internamento/Modalidade de Cuidado* e *Garantia de Direitos*) constituídos de forma a operacionalizar a proposição de desinstitucionalização de Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) e a propiciar compreensão sobre aspectos da produção do reconhecimento (HONNETH, 2003) do louco em seu estatuto normativo ou os modos de produzir ou ocultar as transformações sociais desse sujeito em análise.

As relações de reconhecimento contêm pretensões normativas na sua estrutura, as quais possibilitam o esclarecimento da mudança social, de modo que o aparato jurídico seria, não exclusivamente, mas de forma significativa, representante disto (HONNETH, 2003, 2009). O papel da legislação, nessa direção, apesar de não ser o único meio de reconhecimento, reflete a processos históricos que dizem de dinâmicas sociais de reconhecimento.

É necessário que as dimensões psicossociais de nosso interesse no estudo do reconhecimento no campo das políticas públicas em saúde mental (“sujeitos”, “cuidado” e “direito”) estejam em perspectivas para produzir a compreensão dos processos de metamorfoses sociais. A primeira categoria exposta abaixo diz das formas de *Referência ao Sujeito* (a pessoa em sofrimento psíquico historicamente substantivada ou adjetivada de maneiras distintas) que utilizam os serviços de assistência à saúde nas três normativas em análise; em seguida, as modalidades de cuidado previstas e, o que foi marcante por décadas na assistência em saúde mental, as *Modalidades de Internamento*; por fim, como se articulam as pretensas *Garantias de Direitos* (civis) desses sujeitos, ou sua negação, é a categoria de análise que termina a discussão, junto à exposição do quadro analítico-comparativo das três normativas em estudo.

Em todas as categorias de análise (núcleos) a discussão seguirá uma linha histórica para melhor compreensão da leitura e contextualização das realidades vigentes. Não obstante, é preciso pontuar, a perspectiva adotada revela não os



conteúdos de reconhecimento em si, mas as formas de expressão e modos de garantia normativa para sustentação de contextos sociais e históricos de reconhecimento, tão caros aos estudos psicossociais no campo da saúde mental e reforma psiquiátrica.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

#### 3.1 Referência ao Sujeito

A produção legislativa, enquanto histórico processo social e moral, respaldou, formalizou e expressou a desvalidação da experiência da loucura. Isso porque, em termos históricos, o momento no qual a experiência da loucura passou a ser desvalidada foi concomitante à produção legislativa que versou sobre a “incapacidade” dos loucos. No Brasil, somente com a chegada da família real, no século XIX, essa experiência passou a ser nomeada e os sujeitos tornam-se “inimputáveis” (LIMA, 2010).

O estatuto de “incapaz civil” atribuído ao sujeito em sofrimento mental, o qual encontramos no decorrer do estudo, mais evidentemente da primeira legislação escolhida, sofreu alteração. O que foi consolidado/efetivado em norma pelo Decreto-Lei nº 24.559 de 03 de julho de 1934, que em sua ementa versa sobre “a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências<sup>5</sup>” (PODER EXECUTIVO, 1934). Destaca-se que tal legislação somente viria a ser questionada e transformada, vagorosamente, a partir da década de 1960, com o início do processo que se chama de “atual” RPB, a qual se estende em seu curso de tantas fases, como indicam diversos estudos (SAMPAIO *et al.*, 2011; AMARANTE, 1998).

Para esta seção analítica, é fundamental o relevo às nomeações que pairavam naquele momento histórico. A referência ao sujeito por “psicopata”, em quase sinonímia ao sofrimento psíquico, é a forma mais recorrente de nomear o sujeito no decorrer do texto do Decreto-Lei. Toma-se o sujeito como “psicopata” ao se referir às mais diversas disposições legais. Já no Art. 1º ao definir os seus objetivos:

A Assistência a *Psicopatas* e Profilaxia Mental terá por fim:

---

<sup>5</sup> Para manter fidelidade ao escrito original, manteremos a grafia tal qual o documento expressa, sem adequar as regras gramaticais vigentes.

- a) Proporcionar aos *psicopatas* tratamento e proteção legal;
- b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial (PODER EXECUTIVO, 1934, grifos nossos).

Outras formas de referenciar o sujeito também compuseram o núcleo temático *Referência ao Sujeito*. O destaque dessas nomeações depõe em relação à sua atualidade - diferente da sinonímia entre psicopatia e transtorno mental – mesmo para o modelo atual, quais sejam: “doente”, “hospitalizado”, “indivíduo”, “menores anormais”, “paciente”, “pessoa”, “portadores de doença”, “toxicômanos” e “os intoxicados” (PODER EXECUTIVO, 1934).

É de se destacar que, dentre os termos no Decreto de 1934, os únicos que se distanciam da perspectiva redutora do sujeito ao seu diagnóstico são “pessoa” e “indivíduo”. O termo indivíduo é utilizado quando o diagnóstico médico ainda não foi efetivado, tempo esse que se dá quando o internamento é decorrente de ordem judicial. Ou seja, quando ainda tratar-se de suspeita, conforme pode-se verificar nessas duas passagens, respectivamente: “os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil”; e “os indivíduos suspeitos de doença mental que ameacem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização” (Poder Executivo, 1934).

A utilização do termo “pessoa” se dá quando se possibilita questionar o internamento e o poder médico, visto que essa possibilidade não estaria inserida em uma “psicopatia”, como se vê:

Art. 30. Será sempre permitido a qualquer pessoa mantida em domicílio ou internada em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, reclamar e 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 (PODER EXECUTIVO, 1934).

A distinção do uso do termo “indivíduo” e “pessoa” da referência diagnóstica, a qual o termo “psicopata” é expoente, parece-nos evidenciar a garantia de preservação dos direitos da pessoa até o momento do internamento. É a partir daí que ela se tornará o “psicopata”, sem direitos. As expressões

“pessoa” e “indivíduo”, dialeticamente, mais que o termo diz deles mesmos, anunciam o lugar da diferença e do outro (que presentifica o louco), em que o reconhecimento é a própria negação da condição de sua “pessoalidade” ou “individualidade”.

Quanto aos registros do núcleo temático *Referência ao Sujeito* na análise do Projeto de Lei 3.657/1989 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989), foram identificados, principalmente, no Art. 2º (terceiro parágrafo), ao tratar da constituição do Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica – que teria a responsabilidade de “acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalidade” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989). A primeira referência ao sujeito, objeto da norma, é fundamentalmente diferente do Decreto de 1934: o projeto utiliza o termo “usuário”, distanciando-se da forma usual “psicopata”, então em vigor, ainda que os movimentos da RPB já indagassem o uso (AMARANTE, 2007; GAMA, 2012). Fato de importância, em termos de significação, crucial, pois a primeira vez que a proposta de legislação – Projeto de Lei (PL) de 1989 – fez referência ao sujeito, trata-se do momento em que se versa sobre aspectos de controle e fiscalização na execução da nova forma de assistência à saúde mental, aspecto completamente antagônico ao texto e momento histórico captado em 1934.

O segundo momento no qual ocorre referência ao sujeito atendido no PL de 1989 é ao dispor sobre o procedimento de fiscalização da legalidade da internação compulsória, momento em que o “paciente”, conforme nomenclatura utilizada no projeto, devia ser escutado sobre a internação pela autoridade jurídica. E a terceira e última forma que o projeto fez referência ao sujeito é utilizando o termo “cidadão internado”, que consta no terceiro parágrafo do Art. 3º (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989), novamente tratando do âmbito da fiscalização, ao indicar a obrigatoriedade de fiscalização periódica dos hospitais psiquiátricos.

Já os registros do núcleo temático *Referência ao Sujeito*, no que se refere a análise da Lei 10.216/2001, apareceram, não tão distintos do PL de 1989, mas com mais tipificações, os seguintes termos: “pessoa”, “paciente”, “portadores de doença mental”, “hospitalizado”. Assim, além de paciente, presente em todas as legislações, ocorre a exclusão da terminologia “usuário”, há o retorno do

vocábulo “pessoa”, consta a reformulação do sujeito com “doença mental” e, enfim, ocorre a presença do termo “hospitalizado”. Sobre esse último termo, discutiremos a seguir.

A existência do “hospitalizado” é característico de presença que agora precisa ser situada, outrora dada como “natural” ao sujeito. Dizendo de outra maneira, se antes não era necessário dizer que o sujeito da legislação em questão era identificado como um acometido por hospitalização – já que dado todo o modelo de assistência ser referente ao hospital – na atualidade (especialmente após a Lei 10.216/2001) o hospital precisa de anunciação demarcada, já que não mais é o único lugar de cuidado/ tratamento. Se serviços podem ser comunitários, pessoas voltam a habitar o léxico da lei, e a categoria “doença mental” passa a ser a gravitação operadora do sujeito em questão.

Assim, é possível dizer que a distinção terminológica (e não só) entre o Decreto-Lei nº 24.559/1934 diante do Projeto de Lei nº 3.657/1989 e também da Lei 10.216/2001, verificada nos registros temáticos do núcleo *Referência ao Sujeito*, as colocam em posições divergentes (embora não em “pura” contradição), visto que além de categorias sociais de reconhecimento distintas (“psicopata” – doente / “usuário” – indivíduo) a destinação/endereçamento que se quer reconhecer nos sujeitos é também outra. Entretanto, a flutuação em termos ainda biomédicos (doente/doença) a termos da gramática e léxico do Direito (cidadão) expõe, já à época (especialmente pós 1989), os significantes em disputa.

Se pensar as formas de reconhecimento é pensar na gramática da luta (HONNETH, 2003), das metamorfoses e emancipações sociais, conseguimos boa síntese da dinâmica dos termos (que, na verdade, são signos de linguagem) em disputa social, no trabalho de Gonçalves Neto e Lima (2010):

Ao entendermos que a infraestrutura linguística da sociedade é responsável pela formação identitária, e que esta utiliza-se de coações, seja coação da natureza externa, que penetra nos procedimentos com que nos submetemos ao controle, seja pela coação da natureza interna, que se espelha nas representações que exercem as relações de poder, é necessário que nos atentemos para as condições em que as identidades estão se desenvolvendo e, principalmente, as condições de reconhecimento presentes na sociedade (GONÇALVES NETO; LIMA, 2010, p. 94-95).

### **3.2 Modalidades de Internamento/Modalidades de Cuidado**

Se para a sustentação de categorias nosológicas, especialmente sociais e morais, como “psicopata/psicopatia” (para se referir a qualquer pessoa em sofrimento psíquico aptas a “tratamento psiquiátrico”) é necessário situá-las em um dado contexto, também é preciso situar dadas modalidades de cuidado – nesse caso, de internamento – como correlatos constituintes de tal cenário e momento histórico. Em palavras diretas, como descreveu em seminal obra sobre a “História da Psiquiatria no Brasil”, Jurandir Freire Costa (2006) situa esse momento, em termos de saúde pública (e saúde mental), como atravessado por propostas eugênicas de sociedade, conforme os mandos e ideais da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

Ao falarmos de modalidade de cuidado nesse momento histórico, falamos necessariamente de tratamento em regime fechado e em hospitais de desenho asilar. Mais significativo que pensar a modalidade única de tratamento, em termos de repercussões de formas psicossociais de reconhecimento, é compreender que a legislação consolidada em 1934 versava que o internamento poderia ocorrer de forma imediata para o “psicopata” e mesmo - e esse é o ponto central - para o sujeito meramente “suspeito”, caso esse perturbasse a ordem ou ofendesse a moral pública. Fato descrito abertamente no Art. 10º quando estabelece:

O psicopata ou o 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 (PODER EXECUTIVO, 1934).

Evidenciando a modalidade “internamento” como única, cria-se ao mesmo tempo a disciplina do corpo social e regime de poder análogo ao “panoptismo”, tal qual Foucault já tinha descrito em o Nascimento da Biopolítica (2008), assim como se vê tal expansão do poder médico - descrito no artigo abaixo:

Art. 14º Nos casos urgentes, em que se tornar necessário, em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá êle ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestação médica, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata (PODER EXECUTIVO, 1934).

E ainda mais cabal quanto a perspectiva de internação “geral” (como na crítica literária feita em Machado de Assis, na obra *O Alienista*), o Decreto de 1934 estabelecia critérios para que ele também ocorresse nos casos que não

eram considerados de urgência ou excepcionalidade, nomeando as diversas modalidades de internamento como voluntária, involuntária e judicial (com transformações, mas ainda correlatas as atuais – voluntária, involuntária e compulsória) como verifica-se nos registros a seguir:

Art. 11. A internação de psicopatas toxicómanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

- a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;
- b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do conjuge, pai ou filho ou parente até o 4º 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 do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação (PODER EXECUTIVO, 1934).

Nesse escopo, o protocolo de internamento deveria ocorrer a partir de uma solicitação, feita por parentes próximos, até 4º grau (grifo importante), ou ainda algum interessado que tivesse relação com o sujeito. E em todos os casos, o atestado médico tornava-se necessário, demonstrando a centralidade da psiquiatria. A exceção seria, inicialmente, o internamento por ordem judicial; entretanto o próprio decreto indicava: “§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica serão sujeitos a exame na Secção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia” (PODER EXECUTIVO, 1934).

Mesmo identificando-se no Decreto de 1934 o registro do tipo de cuidado domiciliar, o debate sobre a possibilidade de evitar a internação já estava dado à época. O estudo de Zambenedetti e Da Silva (2008) aponta que, já em 1962, as pesquisas indicavam a evitabilidade de alguns intermanentos em hospitais psiquiátricos. O que evidencia tanto a reflexão sobre a modalidade de internamento, como dá indícios de crítica a esse tratamento como única forma de conduzir o cuidado.

Diferenciando-se imediatamente do Decreto-Lei nº 24.559/1934, o Projeto de Lei nº 3.657 de 1989 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989) tem todo o seu conteúdo disposto em quatro artigos e o seu conteúdo central é justo o debate sobre modalidade de tratamento. Ao invés de um texto longo e descritivo sobre profilaxia mental e outros temas, como no Decreto de 1934, a forma de escrita encontrada pelo legislador denuncia a intenção: o fim do tratamento centrado no hospital de caráter asilar, com conseqüente criação de outros serviços; e propõe



criar nova forma de regular a assistência psiquiátrica, até então sem fiscalização ou limites delimitados.

É nessa direção que o artigo primeiro é o espírito que denuncia a nova modalidade de cuidado que se quer com o PL: “Art. 1º- Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico”. E aqui já se justifica a importância dada a este documento por parte do movimento da RPB, que o toma muitas vezes como um projeto que representava um significativo avanço na transformação da assistência à saúde mental do país.

O outro aspecto relevante do documento é o que então poder-se-ia considerar um ensaio de novas modalidades de cuidado, superando o internamento, que estão presentes no documento. A proposta no artigo segundo versa sobre: “unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989).

Ainda nesse PL, o outro aspecto que chama atenção é sua condição de temporalidade para o acontecimento das transformações. Diferente da Lei 10.216 de 2001, o PL, além de exigir o fim das instituições asilares, como supracitado, também estabelece no parágrafo 1º, do artigo segundo:

§ 1º As administrações regionais disporão do tempo de um (1) ano, a contar da data da aprovação desta lei para apresentarem às Comissões de Saúde de Poder Legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

A supressão da condição de tempo para o fim das instituições de caráter asilar e de modalidade única de tratamento (internação) anunciam que os acordos legislativos estavam em curso diferentemente daquilo que esperava o movimento antimanicomial (Amarante, 1998; 2007).

No que diz respeito aos aspectos importantes para esta seção, a Lei nº 10.216/2001 (Casa Civil, 2001), além de sua tipologia jurídica – que faz subir o nível hierárquico da normativa (primeira em saúde mental que deixa de ser regida por Decreto, Portaria ou equivalentes e passa a ter o poder de Lei Ordinária) – tem como conteúdo central a reformulação/ redirecionamento da

assistência à saúde mental no país. Não extingue os hospitais psiquiátricos e nem marca temporalidade de possíveis diminuições de leitos em decorrência do preterimento ao caráter hospitalar do modelo doravante instituído, mas indica, como no artigo quarto, a internação psiquiátrica só quando houver insuficiência dos recursos extra-hospitalares, e ainda estabelece: “§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” (CASA CIVIL, 2001). O que é, na prática, a proibição da lógica de asilo nos denominados hospitais psiquiátricos.

Se no início dessa seção foram evidenciadas as modalidades de internamento a partir dos tipos “voluntária, involuntária e judicial”, na legislação de 2001 é substituída a modalidade “judicial” por “compulsória”. Entretanto, com a mesma operação por definição – “aquela determinada pela Justiça” (CASA CIVIL, 2001), sendo suprimida apenas a “autoridade policial” como na legislação de 1934, permanecendo ambas com necessidade de laudo médico.

Assim, ao analisarmos os registros que compõem esse núcleo temático (segundo desse manuscrito), é possível identificarmos transformações fecundas, entretanto, com limites de alcance no que diz respeito às modalidades de cuidado. Os temas que compuseram o núcleo *Modalidades de Internamento*, tratam da extinção do hospital psiquiátrico, mas também do internamento involuntário, tornando dúbia a aproximação da legislatura do conceito de desinstitucionalização investigado. Por mais que dados apaixonamentos pela causa antimanicomial possam obnubilar o evidente, os modelos de cuidado estão continuamente em disputa - aqui nos valem do entendimento sobre os processos de reconhecimento para captar o processo -, e não são representação apenas de um rompimento total e absoluto em si, como em primeira vista podem parecer.

Se no núcleo temático 1 (*Referência ao Sujeito*) pode-se constatar processos de transformação social no reconhecimento por meio das formas de referenciar o sujeito nas legislações (do psicopata ao doente, e o doente em ambivalência com o cidadão), é possível perceber tal movimento também nesse eixo. Assim como perceber a continuidade da disputa das modalidades de tratamento como habitada não apenas por uma forma “técnica” de compreensão do cuidado, senão como forma de valoração social sobre que tipo de poder se quer efetivar ao colocar a instituição psiquiátrica ou saber médico no centro do

processo de decisão do cuidado – e, conseqüentemente, do circuito de reconhecimento do que é passível de “tratamento”. Diz também sobre que instituições são as autoridades do cuidado, e em que regime de legalidade e autorização se intervém em dados corpos e sujeitos.

Diante disso, se faz pertinente a asserção feita na justificativa do próprio Projeto de Lei nº 3.657/1989 quando tramitava em sua finalização para a Lei 10.216 de 2001, que o caracteriza como conservador e protetor de apenas parte dos direitos dos sujeitos atendidos, como se vê:

Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma *lei cautelosa, quase conservadora*. O que ela pretende é melhorar da única forma possível o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais não deixaram de ser cidadãos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989, grifo nosso).

Desse modo, se em algum momento a crítica parecia ter ficado obsoleta, a atualidade do escopo da Lei 10.216 e mesmo as situações que compõem os ataques normativos já discutidos na introdução do trabalho a tornam novamente atual.

### **3.3 Garantia de Direitos**

Para esta terceira seção, discutindo o núcleo *Garantia de Direitos* também voltamos à legislação de 1934 e seguimos curso histórico para compreensão dos processos subjacentes de reconhecimento que produziram a atualidade.

Emblemático iniciar relatando que em seu Art.2º, o Decreto de 1934 criara um órgão nomeado “Conselho de Proteção aos Psicopatas”, de modo que fazia uso do diagnóstico que se referia aos sujeitos e atribuía ao órgão estudar problemas sociais relacionados às psicopatias. E sobre esse Conselho, se faz necessário realizarmos uma ponderação quanto à implicação desta função de estudos a ser cumprida por ele, pois em sua composição estava prevista obrigatoriamente a participação do Presidente da já referida LBHM. Assim era descrita a composição:

cinco representantes de Instituições privadas de assistência social, dos quais um será o presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental e os demais designados pelo ministro da Educação e Saúde Pública (PODER EXECUTIVO, 1934).

Trata-se, assim, de uma questão de suma importância ao entendimento da forma de tratamento e relação com estatuto de direito sobre o qual se legisla, pois aponta-se para a forma da atuação da assistência à saúde mental desse momento. Conforme indica Costa, no começo do século XX, a psiquiatria tornou-se uma especialidade médica no Brasil tendo como ambiente o entendimento de que “os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se unicamente pela hipótese de uma causalidade biológica que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade” (COSTA, 2006, p. 36), como evidenciado anteriormente.

A prática eugênica, repetimos, tratou-se de um dos pilares da LBHM — instituição porta-voz da nascente psiquiatria brasileira, poderosa por ser constituída “pela elite psiquiátrica do Rio, talvez a do Brasil” (COSTA, 2006, p. 40). A crítica é que a transformação de questões sociais em questões individuais, acabara por culpabilizar os sujeitos pelas condições existentes, de modo que assim como o pobre é culpado por sua degradação - e, portanto, pelo não desenvolvimento do país, - o sujeito em sofrimento ou “doente mental” seria culpado ou responsável pelo seu próprio adoecimento, visto sua condição genética. A solução apresentada por esses psiquiatras (e pela Liga), para este cenário, conforme Costa (2006), são práticas preventivas “eugênicas nazistas”, como “a esterilização sexual dos indivíduos doentes, a pregar o desaparecimento da miscigenação racial entre brasileiros, a exigir a proibição de imigração de indivíduos não-brancos, a solicitar a instalação de tribunais de eugenia e de salário-paternidade eugênico, etc.” (COSTA, 2006, p. 25).

Outra dimensão importante para compreender o modo como se faz referência aos sujeitos e o efeito em termos de seu reconhecimento social diz respeito ao poder circulante na relação entre o sujeito e o saber médico, especialmente no que se observa em relação a garantia de direitos - ou melhor, na não garantia. Em termos das operações de assistências garantidas pelo Decreto de 1934, o poder psiquiátrico de nomear a “incapacitação civil” efetivava-se até mesmo nos casos de internamento voluntário, ou seja, naquelas internações realizadas a pedido do próprio sujeito. Isso porque, se a decisão de ser internado partiu do próprio sujeito, a decisão por sua alta, em último caso, lhe escapava, sendo de responsabilidade médica, conforme o Art. 19º:

Ao psicopata, toxicomano ou intoxicado habitual, internado em serviço aberto, será, imediatamente, concedida alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública (PODER EXECUTIVO, 1934).

Apesar de certo lampejo de direito, como o direito à privacidade de correspondência prevista no artigo 34º, o poder médico sobre o controle do internamento chegava mesmo a ter a possibilidade de questionar decisões judiciais sobre a alta de um sujeito, conforme o decreto:

§ 4º Quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si proprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento [que deve ser médico] deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação (PODER EXECUTIVO, 1934).

Todo o percurso legislativo, já vinha ficando evidente ao longo dos debates nas seções do trabalho, é de atribuição total da responsabilidade de decisão ao médico sobre a capacidade civil do sujeito. Importante, então, dizer o que se pretende delimitar neste núcleo temático: a única forma possível para a preservação da capacidade civil para o sujeito, então, seria o não internamento, já que seria irreversível o poder médico dado pelo simples atestado, como supracitado.

Na direção das afirmações acima, outro tema importante que versa sobre a Garantia de Direitos nesse Decreto é a respeito da chamada “fuga”. Ela seria um suspiro de possibilidade a tal captura, na medida em que, já internado, escaparia-se do poder civilmente incapacitante do asilamento. Afirma o Artigo 23º:

Qualquer psicopata evadido de estabelecimento público ou particular poderá ser readmitido, independentemente de novas formalidades, antes de decorridos mais de trinta dias da sua fuga, persistindo os motivos da anterior admissão (Poder Executivo, 1934).

Assim, o que tal aparato legal faz é criar dispositivo que favorece um novo internamento do “evadido”, dispensando-se até mesmo a necessidade de motivos para a reinternação. A fuga – tipificação mais próxima ao léxico criminal – passa a ser operador de redução ainda mais severa de direitos.

Ao avançarmos a discussão às seguintes legislações, é interessante destacar que o PL de 1989, apesar de ser a primeira normativa de âmbito federal que mudaria a assistência em saúde mental, não versava inicialmente sobre o

direito das pessoas em sofrimento psíquico, aspecto corrigido apenas com a promulgação da Lei 10.216 de 2001. Ao contrário, é necessário lembrar que o PL previa ainda o internamento psiquiátrico na modalidade compulsória, definida no parágrafo primeiro do seu Art. 3º como “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” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989). O grande avanço tratar-se-ia da regulamentação bem mais rígida para a prática do internamento psiquiátrico, quando comparada ao Decreto-Lei nº 24.559/1934, ao indicar a obrigatoriedade da comunicação à Defensoria Pública, por parte do médico que a prescreveu, no prazo de 24 horas.

A ausência de identificação de registros temáticos sobre a perda dos direitos civis do sujeito atendido pela assistência à saúde mental, que compõem o núcleo temático *Garantia de Direitos*, na Lei nº 10.216/2001 a torna mais coerente à proposição de desinstitucionalização que a lei se ancora, como afirma a literatura da área (BEZERRA DA SILVA; ROSA, 2014). Entretanto, também não foram identificados registros do núcleo temático *Garantia de Direitos* que remetesse ao estabelecimento de parâmetros e temporalidade para o fim do internamento psiquiátrico, verificados no mesmo núcleo do Projeto de Lei, além do que consta registros temáticos que evidenciam a perpetuação das formas de internamento estabelecidas ainda pelo decreto. E isso é fundamental que se repita, já que é justamente na existência da instituição na lógica asilar que, para além do descrito na lei, as suas formas de perpetuação e existência são, elas mesmas, as condições de violação de direitos, como constam em tantos relatórios e pesquisas já publicadas (OPAS, 2001; MENDES; MENEZES, 2013).

Em síntese, a partir dos registros do núcleo *Garantia de Direitos*, quisemos dar ênfase ao tipo de reconhecimento do outro que é o fundamento para o direito (ou para sua ausência) e tem por efeito a internação. E não o processo inverso, como por vezes argumentado: a internação seria a prática de retirada do direito. É o estatuto do *não reconhecimento* que garante a anulação da personalidade do outro, inserindo em categorias patologizantes que são, mais que médicas, morais ou mesmo de uma negação da existência do outro.

Abaixo, diante de todo o exposto, um quadro-síntese com a análise dos três documentos a partir das três categorias de reconhecimento aqui realizadas



(núcleos temáticos), segundo os aspectos selecionados em cada um dos três documentos. Acreditamos que a síntese possa servir como referência analítica crítica comparativa em Saúde Mental.

**Tabela 1**

*Quadro Analítico-Comparativo Temático da Legislação em Saúde Mental Brasileira*

Núcleo temático	Aspectos Analisados	Decreto-Lei nº 24.559/1934	Projeto Lei nº 3.657/1989	Lei nº 10.216/2001
Referência ao Sujeito	Nomeação do Sujeito	Psicopata, doente, hospitalizado, indivíduo, menores anormais, paciente, pessoa, portadores de doença, toxicômanos e os intoxicados.	Usuário, paciente e cidadão	Pessoa, paciente, portadores de doença mental e hospitalizado.
	Paradigma	Eugênico	Não identificado	Psiquiatria Democrática
Modalidades Internamento	Hospital Psiquiátrico	Prioritário	Extinção	Não prioritário
	Psiquiatria	Responsável pelo internamento	Não versa	Responsável pelo internamento
	Internamento Involuntário	Prevista	Prevista	Prevista
Garantia de direitos	Imputabilidade	Perda da capacidade civil no momento da internação	Não versa	Não versa
	Direitos do sujeito	Não ter direito	Não versa	Assistência de ênfase comunitária, baseada no respeito à pessoa.

**Fonte:** Elaborado pelos autores

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do manuscrito assinalamos que o sujeito “objeto” da lei, a pessoa que necessita das ações e políticas nos serviços de saúde mental, detinha um estatuto jurídico de desamparo legal-social com o Decreto-Lei nº 24.559 de 1934, ao perder sua capacidade civil no momento do internamento. É a partir da homologação da Lei nº 10.216, em 2001, que, enfim, se extingue a perda da capacidade civil do sujeito no momento do internamento, ao passo que também o próprio internamento psiquiátrico deixa de ser o modo de assistência prioritária. Entretanto, tais características não nos permitem indicar, à luz da análise crítica das condições do reconhecimento, que a principal Lei no campo da assistência e dos direitos em Saúde Mental tornou o sujeito atendido como *pleno de direitos* (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990), como parece sugerir o idealizado *estatuto da cidadania* no campo da Saúde Mental (AMARANTE, 1998; 2007).

Especialmente nas legislações históricas aqui analisadas – e somente nessas, já que objetos de análise nesse artigo –, consideramos as conquistas da RPB limitadas em seu alcance normativo, ainda que representativas de transformações importantes para a condição social de reconhecimento da pessoa em sofrimento psíquico como cidadão pleno de direitos civis. Sobretudo, o estatuto de direito criado pela Lei 10.216 no início do século XXI (CASA CIVIL, 2001), em plena vigência, mesmo em cenário de retrocessos como já indicado no início desse trabalho, parece evidenciar insuficiência no momento atual – especialmente depois de 20 anos dessa legislação – quando se assiste a uma nova direção da RPB por meio de normativas que reincluem o hospital psiquiátrico à rede (RAPS, 2011) que nascera para substituí-lo (LIMA, 2019; CRUZ, GONÇALVES; DELGADO, 2020). Os efeitos no reconhecimento advindos das legislações a partir de 2017, ano que demarca, simultaneamente, o escopo e o limite dessa pesquisa, lançam à comunidade acadêmica, ao Movimento de Luta Antimanicomial e RPB a necessidade de pesquisas futuras sobre o tema.

Os textos assinalam como as coisas supostamente deveriam ser, e não como elas são de fato (o que remete a certa “concretude” – ou seja, a unidade de aparição de um fenômeno diante da diversidade, como indica a análise imanente e dialética em que nos ancoramos), retomando aqui a provocação de Szasz (1977). Isso porque a realidade se efetiva em coordenadas históricas, sociais e culturais de modo que elas são como concretudes – enquanto fenômenos carregados de objetividade e subjetividade – que se reproduzem em espirais de força em que o sujeito não é apenas positivado na norma, mas também aquilo que ela nega e que escapa. O exemplo claro disso é que a própria substituição das palavras (e suas significações) “doença mental” por “portador de transtorno mental” não produziu, necessariamente, uma transformação efetiva dos processos de reconhecimento dos sujeitos em seus direitos na assistência em saúde mental (foco de nosso estudo), ou mesmo do reconhecimento das experiências de sofrimento singulares de cada sujeito (como visto em outros estudos).

Longe de apresentarmos aqui críticas que desvalorizem e minorem tantos anos de lutas por uma sociedade livre de manicômios institucionais, físicos e mentais, ou mesmo que a argumentação pareça pessimista, a análise dos

documentos trazem possibilidades de proposições de questões específicas para o afunilamento da RPB. De um histórico jurídico oficial de 65 anos de desamparo (ou de perda de direitos civis) e cultura de mais de um século de asilos ao atual modelo psicossocial de atenção à saúde mental, a legislação não representa a totalidade da disputa da reforma psiquiátrica. Entretanto, indica passo importante para o reconhecimento do dito “louco” (nessa pesquisa indicado a partir da análise da normativa quanto a *Referência ao Sujeito, Modalidades de Internamento, Garantia de Direitos*) e sua inexorável condição de existência a partir da transformação da sociedade que, em meio a contexto de retiradas de direito, pode afirmar a inclusão pelo estatuto jurídico também como possibilidade de reconstrução da inclusão das pessoas em sofrimento psíquico no campo dos direitos.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA [ABRASCO]. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019. <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>

BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENJAMIN, Walter. *Passagens*. (Vol. 2). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2018.

BEZERRA DA SILVA, E. K.; ROSA, L. C. D. S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? *Revista Katálysis*, 17(2), 252-260, 2014. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011>

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União. 23 dez. 2011.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

CASA CIVIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Brasília: Casa Civil, 2001. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP]. CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde, 2019. <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO [COREN-SP]. Norma sobre saúde mental desrespeita exercício profissional da enfermagem, 2019. <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/norma-sobre-saude-mental-desrespeita-exercicio-profissional-da-enfermagem/?fbclid=IwAR2EpCPpJ-e1SeOinIVgH1TAM71T3E2ZAj82HBVw9-9AqRezoyMHJ5KwVk>

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª REGIÃO [CREFITO-RS]. Crefito5 repudia o teor da Nota Técnica do Ministério da Saúde sobre Saúde Mental, 2019. <http://www.crefito5.org.br/crefito5-repudia-o-teor-da-nota-tecnica-do-ministerio-da-saude-sobre-saude-mental/#.XHVm5C2tFQI>

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 2019. e00285117. Epub July 15, 2020.

FERNANDES, Cristofthe Jonath; LIMA, Aluísio Ferreira de; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de. Internamento E(sca)ncarado: Coexistência da Internação Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial. *Semin., Ciênc. Soc. Hum.*, Londrina, v. 40, n. 1, p. 25-42, jun. 2019. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-54432019000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-54432019000100003&lng=pt&nrm=iso).

FERNANDES, Cristofthe Jonath *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 36, n. 4, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GAMA, J. R. A.. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Physis*, 22(4), pp. 1397-1417, 2012

GONÇALVES NETO, J. U.; LIMA, A. F. D. Reconhecimento social, identidade e linguagem: primeiros fragmentos de uma pesquisa sobre perspectivas teóricas atuais no contexto da Psicologia Social. *Revista Psicologia e Saúde*, 2(1) 90-97, 2010.

HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34, 2003.

HONNETH, A. *Patologías de la razón*. Historia y actualidad de la Teoría Crítica. Buenos Aires/ Madrid: Katz, 2009.

LIMA, A. *Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica*. São Paulo: FAPESP, 2010.

LIMA, A. F.; LIMA, M. S. A Teoria Crítica de Axel Honneth: uma (breve) discussão sobre a Teoria do Reconhecimento e seus desdobramentos. In: Aluísio Ferreira de Lima. (Org.). *Psicologia Social Crítica: Paradoxes do Contemporâneo*. 1ed.Porto Alegre: Sulina, 2012, v. 1, p. 51-66.

LIMA, Rossano C. The rise of the psychiatric counter-reform in Brazil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019.

MARTINEZ, M. B. Axel Honneth e a luta por reconhecimento. *Griot: Revista de Filosofia*, 16(2), 148-168, 2017.

MENDES, V. C.; DE MENEZES, J. B. O tratamento psiquiátrico e direitos humanos: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária. *Espaço Jurídico*, 14(2), 629-656, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019. *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE[OPAS]. Relatório Sobre a Saúde no Mundo - Série: *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Brasília: OPAS, 2001.

PODER EXECUTIVO. Decreto-Lei nº 24.559 de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 14/7/1934, Página 14254. Rio de Janeiro: Poder Executivo, 1934. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>

ROSENFELD, C. L.; SAAVEDRA, G. A. Reconhecimento, teoria crítica e sociedade: sobre desenvolvimento da obra de Axel Honneth e os desafios da sua aplicação no Brasil. *Sociologias*. Porto Alegre. Vol. 15, n. 33 (maio/ago. 2013), p. 14-54, 2013.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: F. Nicácio (org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17 – 59). São Paulo: Hucitec, 1990.

SAMPAIO, José Jackson Coelho *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694, 2011.

SZASZ, T. S. *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Trad. José Sanz. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

ZAMBENEDETTI, G.; DA SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, 14(1), 131-150, 2008.