



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

RENATA FLORES TREPTE

**SOBRE CARTOGRAFAR A VIDA-ARTE:
um percurso militante pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e na Itália**

Porto Alegre
2013

Renata Flores Trepte

**SOBRE CARTOGRAFIAR A VIDA-ARTE:
um percurso militante pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e na Itália**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Psicologia do Instituto de
Psicologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Psicóloga.
Orientadora: Simone Mainieri Paulon

Porto Alegre

2013

Renata Flores Trepte

**SOBRE CARTOGRAFAR A VIDA-ARTE:
um percurso militante pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e na Itália**

Conceito final:.....

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Profº Drº Alcindo Antônio Ferla – UFRGS

Orientadora – Profª Drª Simone Mainieri Paulon – UFRGS

Porto Alegre

2013

*Dedico esta escrita a uma categoria
ampla de subjugados, oprimidos e
marginalizados pela ordem social vigente,
a qual aqui a loucura representa. E a
todos aqueles que militam produzindo
rupturas pelo fim da exceção, da opressão
e exclusão. Boa luta!*

AGRADECIMENTOS

“Escrevemos o Anti-Édipo a dois. Como cada um de nós era vários, já era muita gente. Utilizamos tudo o que nos aproximava, o mais próximo e o mais distante. (...) Não chegar ao ponto em que não se diz mais EU, mas ao ponto em que já não tem qualquer importância dizer ou não dizer EU. Não somos mais nós mesmos. Cada um reconhecerá os seus. Fomos ajudados, aspirados, multiplicados.” Assim Deleuze e Guattari iniciam a introdução do livro Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.

Se sou feita multiplicidade, e são várias que escrevem as linhas que seguem, preciso agradecer aos que permitiram que eu roubasse um pedaço de si para constituir todas as minhas Renatas; àqueles que me ensinaram, inspiraram e desestabilizaram.

Primeiramente à minha mãe, Liana, que com toda delicadeza me apresentou à vida e apostou na minha capacidade de transformá-la em uma obra de arte, me emprestou força e inspirou na aposta de que *isso de querer ser exatamente aquilo que a gente é, ainda vai nos levar além*. Obrigada pela inspiração de mulher e por me ensinar que o amor é generoso e existe na inquietação e no sossego, como se não existisse distância, só aconchego.

À minha irmã, Paula, por me auxiliar a aceitar toda minha multiplicidade a cada vez que a estranhava, por me ensinar que ser irmã é mais do que crescer juntas, é crescer com, é mais do que amor que não se explica, é saber que há loucura no amor e estaremos abertas e sensíveis uma a outra no plano dos afetos.

Aos meus avós, Nelson e Dinória, meu avô por toda aposta dos olhos sorridentes e minha avó por me deixar roubar um pouco da arte de colocar sabor na vida.

A toda Família Flores, por colocar colorido na diferença.

A meu pai e minha avó Elia, por marcarem a importância de uma trajetória.

Ao meu irmão de coração, Dé, que me inspira com seu jeito de colocar a vida em movimento.

A toda Família *Ferrugem*, os Porporatti e os Bork, que temperam toda pluralidade com sol e mar.

Às minhas amigas-amores, por colocarem um tanto de Thay e de Alice às minhas Renatas, por comporem comigo um transbordamento de afetos.

Ao Diego, por tudo que me ensinou sobre amizade e por tudo que me deixa surrupiar da composição de arranjos de resistência e invenção (*entre os dentes segurando a primavera*).

À Alice/Ariela e à Carol/Carolís, que compartilham comigo(s) um momento de escrita, feito de erros - a maioria essenciais - de coragem e preguiça, desespero e esperança, de sentimento constante (não pensamento) que não conduz a nada, não conduz a nada, e de repente aquilo que se pensou que era "nada" era o próprio assustador contato com a tessitura de viver. (Clarice Lispector) Obrigada pelo compartilhamento de um território existencial habitado por muitas de todas nós.

Ao Fabiano Barnart, pela compreensão e ombro amigo de sempre, pela construção de sentimentos intensos no meio a adversidade e por me mostrar que o fortalecimento deles dá-se na dimensão dos toques suaves da alma.

Ao Intervires, por todos os encontros produzidos, militantes, afetivos e inventivos, pelas rupturas e brechas que constituímos possíveis em meio a molduras e cristalizações. Marca a formação enquanto processo de aprendizagem também no plano dos afetos e daquilo que escapa.

À Rede Governo Colaborativo em Saúde, pela produção em mim(s) de arranjos outros no campo da Saúde Coletiva, por oportunizar prática transdisciplinar, e dela eu roubar o que não é homogeneização, mas celebração da diferença, uma experiência marcada pela abertura ao novo e à intervenção. É relação de diferença na horizontalidade, é assimetria e não hierarquia, não encontra estabelecidos os lugares em que se posicionam cada um dos colaboradores, para os quais não cabem prescrições nem predições.

À Simone, minha amiga, professora e orientadora, por ser peça fundamental no formar-me psicóloga-militante, e tantas outras. Obrigada pelo encontro cuidadoso que produziu uma ampliação crítica, na esteira da filosofia trágica de Nietzsche, e agora as Renatas se compõe também por 'amor ao destino' – amor fati, não resignado, é amar o inevitável, amar o justo e o injusto, o próprio amor e o desamor, “a vida com tudo que há de belo e cruel”.

Ao Alcindo, primeiramente por aceitar o convite para dialogar comigo(s) a respeito das linhas que escrevi. E, também, por permitir que eu roubasse diversos pedacinhos seus, que passaram a compor também a minha pluralidade. Mas, principalmente, agradeço por todos os deslocamentos que produziu (produz e seguirá produzindo) em mim(s), pela experiência sensível proporcionada de constante desterritorialização.

RESUMO

O presente trabalho visa colocar em análise os processos de Reforma Psiquiátrica no Brasil e na Itália, através de um percurso cartográfico por experiências vividas e vistas no plano dos fluxos problemáticos que compõe o cotidiano dos movimentos reformistas nas duas realidades. Passando por uma retomada dos fatos históricos, o trabalho discute, sob olhar institucionalista, os emolduramentos institucionais e as brechas instituintes possíveis nesses movimentos, entendendo a produção de vida-arte como resistência às capturas do instituído.

Palavras-chave: cartografia; reforma psiquiátrica; arte; saúde mental; políticas públicas.

*A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou - eu não aceito.
Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas,
que olha o relógio, que compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem
usando borboletas.

Manoel de Barros*

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| RESUMO | 7 |
| SUMÁRIO..... | 9 |
| INTRODUÇÃO: SOBRE CARTOGRAFIAR INCOMPLETUDES..... | 10 |
| DAS INSPIRAÇÕES E ASPIRAÇÕES DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS: CONTEXTOS BRASIL-ITÁLIA..... | 12 |
| A Reforma Psiquiátrica Italiana: Franco Basaglia e a Psiquiatria Democrática | 13 |
| “Quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem”: O Movimento Antimanicomial brasileiro | 17 |
| “CONTRA O PESSIMISMO DA RAZÃO, O OTIMISMO DA PRÁTICA”: O QUE VIVI NO BRASIL E O QUE VI NA ITÁLIA. | 23 |
| SOBRE USAR BORBOLETAS E FAZER-SE ARANHA | 31 |
| REFERÊNCIAS | 34 |
| ANEXOS | 36 |

INTRODUÇÃO: SOBRE CARTOGRAFAR INCOMPLETUDES

Entre tantas formas prováveis para iniciar, este que marca um fim, opto pela via da arte, por trazer a poesia ao trabalho acadêmico. Sobre as incompletudes, esta escrita não tem pretensão de propor uma análise comparativa de processos reformistas cujas complexidades políticas, culturais, teóricas e metodológicas exigiriam estudos bem mais aprofundados, mas o ensejo ensaístico visa pautar na discussão uma análise, sob olhar institucionalista, de alguns pontos dos processos de Reforma Psiquiátrica Italiano e Brasileiro.

Cada Graduação é um tracejado singular, o rizoma de formação que fui constituindo destaca-se enquanto um percurso da Psicologia na interface com o campo da saúde mental coletiva. Minha graduação em Psicologia configura-se para além da titulação psicóloga, mas marca-se como processo de constituir-me militante da Luta Antimanicomial e pesquisadora da Saúde Coletiva. E são estas, e tantas “Outras Renatas”, que escrevem estas linhas, que penso já não poder chamar monográficas. Trata-se da cartografia de um movimento contra-hegemônico de formação.

Esta escrita cartográfica parte da convergência de provocações teóricas e de experimentações práticas de cinco anos de graduação. Inspirada por Foucault, Nietzsche, Deleuze, entre outros pensadores da filosofia da diferença e da análise institucional, este ensaio busca colocar em análise os processos de institucionalização do Movimento Antimanicomial, a partir dos *processos* de Reforma Psiquiátrica brasileiro e italiano, com esquetes das experiências vividas e vista no percurso de militância.

As experiências do/no cotidiano de estágios, pesquisa e extensão, em Porto Alegre e de vivência em saúde mental¹ no território da região da Emília Romagna, norte da Itália, fazem emergir questões acerca dos processos de institucionalização e de subjetivação, de percursos de reforma psiquiátrica comuns em pelo menos um aspecto: a garantia legal do direito às pessoas em adoecimento mental serem cuidadas em liberdade.

Todas estas experiências, andanças, minhas parcerias de percurso de graduação em Psicologia, os usuários que tanto me ensinaram, bem como as supervisoras nas práticas de estágios, os colegas da Saúde Coletiva, e tantos outros companheiros de pensamento, habitam este texto, para falarem comigo acerca de processos instituintes, movimentos de rupturas institucionais que vão compondo processos de mudança, instituindo valores, formando novos costumes e, concomitantemente, me formando.

¹ Produzidas a partir da cooperação estabelecida através da Rede Governo Colaborativo em Saúde entre UFRGS e UNIBO, no verão brasileiro de 2013.

Trata-se, portanto, “[...] de fazer a análise de um ‘regime de práticas’ – as práticas sendo consideradas como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõe e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (FOUCAULT, 2003, p. 338). Pode-se dizer que um regime de práticas vai dando forma a uma instituição que passa a ser nomeada, reconhecida, instituída. E, também, questionada, discutida, inventada, pois não há, tão-só, singularidades aprisionadas em relações de forças, há, também, resistência – singularidades capazes de subverter, há processos de singularização em andamento, linhas de fuga do desejo.

Nesse sentido, este trabalho percorre linhas de desejo – linhas de fuga e linhas duras – que engendraram um modo de ser louco no contemporâneo, alguns modos de “cuidar” da loucura que convivem na atualidade, linhas de forças do desejo que formularam novas práticas de saúde, instituíram leis para fechar manicômios, linhas que me forçam a pensar, convidam a militar, motivam a pesquisar.

A tecedura de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que dê conta de expressar todas essas forças que me atravessam é um desafio, pois são intensidades para além das palavras, e que precisam caber em forma-letas, em modo-TCC, em espaço-A4, em tempo-prazo. Contudo, como aprendi nas breves e fortes experimentações de mentaleira, a potência instituinte não tem receita, sendo assim, entrego-me a esta escrita por aquilo que talvez mais tenha aprendido nos territórios da Reforma Psiquiátrica: a luta antimanicomial é movimento de criação permanente que requer, antes de tudo, especial atenção às palavras e aos pequenos gestos que povoam nosso cotidiano. Finalizo propondo um modo outro, não “forma”, de problematizar as Políticas Públicas, sem “puxar válvula”, sem deixar escapar o singular da produção de vida.

DAS INSPIRAÇÕES E ASPIRAÇÕES DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS: CONTEXTOS BRASIL-ITÁLIA

Nossa utopia, nossa esperança aposta nesse infinito campo aberto de possibilidades que é o existir. Mudar o mundo é nosso dever, e a esperança, nosso princípio ético. Desconstruir/desfazer os dispositivos sociais que produzem os diferentes manicômios e inventar/construir/fazer, ao mesmo tempo, novos dispositivos sociais, que trazem não apenas os loucos como protagonistas centrais, mas toda essa gente excluída, os humildes, os humilhados, aqueles que não contam. Fazer acontecer pequenas revoluções cotidianas que ousam sonhar com uma sociedade diferente. A Reforma Psiquiátrica é assim, feita de rupturas e encontros (YASUI, 2010, p. 180).

Este primeiro capítulo apresenta brevemente um correlato de alguns fatos históricos marcantes entre os processos de Reforma Psiquiátrica nos dois países, com a finalidade de situar o leitor nos contextos culturais e políticos nos quais se deram as referidas mudanças que estarão em foco neste trabalho.

O processo de transformação da assistência em saúde mental em curso no Brasil, que denominamos Reforma Psiquiátrica, teve início no final da década de 1970 e inspirou-se, fundamentalmente, na experiência italiana da Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia.

1968 foi um ano de efervescência dos movimentos sociais em toda Europa, a Reforma Sanitária italiana é fruto desse momento histórico. A reivindicação por um estado mais focado nos direitos dos cidadãos tornou-se forte e desencadeou um amplo debate sobre a reforma do setor da saúde, como direito dos cidadãos e dever do estado. Em 1978, a reforma da saúde pública italiana – a segunda “grande reforma” da Europa, depois da britânica – atendeu a demanda de um sistema de saúde público com cobertura universal. Os princípios fundamentais que, em 1978, foram institucionalizados no Serviço Sanitário Nacional Italiano – financiamento e gestão públicos, universalidade, acessibilidade e atenção integral à saúde dos cidadãos – inspiraram, no Brasil, fortemente a concepção do SUS na década de 1980.

A Reforma Sanitária brasileira também foi concebida no bojo do processo de democratização do país e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Lei Nº 8.080) representou uma alteração significativa nas políticas públicas no Brasil. O movimento militante no campo sanitário, composto por trabalhadores, usuários e sociedade civil organizada, entre outros, conquistou uma legislação a partir de embates e debates importante ao longo da década de 1980. O processo de reforma psiquiátrica aconteceu paralelamente e alicerçado nas bases que produziram o Sistema Único de Saúde – SUS, o movimento interroga as relações de exclusão que se estabelecem com a loucura, ponto que aproxima fortemente o Movimento Antimanicomial brasileiro da Psiquiatria Democrática

italianavisibilizando a Loucura enquanto instituição a ser desinstitucionalizada Sendo a institucionalização entendida como um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturadas em torno de um objeto preciso: a doença mental, a qual se sobrepõe no manicômio o objeto periculosidade (SALES, 2011).

A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA: FRANCO BASAGLIA E A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA

A história da Reforma Psiquiátrica Italiana está fortemente vinculada com a história de Franco Basaglia, que empresta seu nome a lei 180 – Lei Basaglia (1978). Maria Stella Brandão Goulart faz, em seu livro “As raízes italianas do movimento antimanicomial” (2007), uma importante retomada da vida de Basaglia e sua trajetória política na reforma italiana. O início da vida militante de Franco é marcado pela prisão de seis meses, no ano de 1943, em virtude do posicionamento antifascista, no movimento de resistência italiana. As experiências na prisão tornaram-se uma referência importante em seu trabalho como psiquiatra e em suas posições políticas.

Como ponto desencadeante do processo de Reforma Psiquiátrica italiana está a experiência de 1960, quando Basaglia assume a direção do manicômio de Gorizia, vislumbrando uma experiência inovadora, sintonizada com a psiquiatria social europeia do pós-guerra, num trabalho que contrastava com o discurso dominante. Logo na primeira noite proibiu a contenção dos pacientes nos leitos e estabeleceu novas formas de comunicação e organização institucional, causando grande impacto entre os trabalhadores do manicômio. “O manicômio se via ameaçado em sua violência silenciosa e tácita” (GOULART, 2007, p. 38). Este momento é entendido como fundante da concepção do que se tornaria posteriormente a Psiquiatria Democrática. Inspirado nas comunidades terapêuticas inglesas, as decisões de base dos três primeiros anos em Gorizia estavam voltadas para a humanização do hospital (GOULART, 2007), com a abolição da contenção física e do eletrochoque e a atenção às condições de vida dos pacientes. Entretanto em pouco tempo foi dada uma nova leitura antiinstitucional da impossibilidade de humanizar o hospício.

Tendencialmente a psiquiatria é sempre opressiva. É uma maneira de propor uma problemática de controle social (...). Se nós começarmos pelo surgimento da psiquiatria – e ela nasceu como elemento de libertação do homem -, devemos recordar que Pinel libertou os loucos das prisões, mas, infelizmente, depois de tê-los libertado, colocou-os em outra prisão que se chama manicômio. Começa assim o calvário do louco e ao mesmo tempo a grande fortuna da psiquiatria. Depois de pinel, se nós olharmos toda a história da psiquiatria, veremos que nela sobressaem nomes de grandes psiquiatras. No que se refere ao doente mental, só existem denominações ou rótulos, como histeria, esquizofrenia, mania, astenia, etc, etc ... (BASAGLIA, 1982, p.13)

Os rumos singulares tomados pelo processo de desinstitucionalização de Gorizia, que foram fundamentais na diferenciação da proposta de humanizar e estavam baseados na aposta do resgate da sociabilidade e dignidade do paciente, constituíram-se com as assembleias entre profissionais e internos para se discutir o cotidiano assistencial; os espaços de encontro entre homens e mulheres, antes sempre separados nas alas; o trânsito livre dos pacientes pelo hospital; e, principalmente, a reconstrução das relações extramuros, com a retirada de grades, abertura da vida comunitária, com festas, passeios e atividades artísticas e com o sistema de portas-abertas do hospital. Como indicam os autores italianos Colucci e Di Vitorino (apud GOULART, 2007): “[...] o encontro com o doente mental só é possível se ele é ‘livre’ e se todos os membros da comunidade (médicos, enfermeiros e pacientes) se encontram em um plano de liberdade e responsabilidade”

A produção de saberes e práticas do trabalho de Gorizia passou a tensionar a discussão política sobre as instituições psiquiátricas, em uma expectativa de universalização das práticas e dos saberes baseados na perspectiva de que “a liberdade é terapêutica”². O processo de redefinição normativa e institucional enquanto processo político, revelou, escancarando, a violência institucional a qual a loucura estava submetida.

A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizamos do significado desse campo científico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado (BASAGLIA, 1985, p. 103).

A proposta basagliana colidia diretamente com a concepção do manicômio como espaço de cura e de cuidado, não há espaço para um projeto terapêutico na violência institucional vigente. Só se pode construir uma relação terapêutica com base no encontro de homens livres, com outros homens livres. Sendo assim, não há alternativa para um espaço que

² Frase de Franco Basaglia que se tornou slogan da Luta Antimanicomial.

produz opressão, discriminação e violência como o manicômio. Para a Psiquiatria, entretanto, há um preço muito alto a se pagar com o fechamento do manicômio, visto que é o espaço onde resguarda seu saber e seu poder.

Na explicitação da contradição dos processos de humanização do manicômio, com críticas aos modelos ingleses, escoceses e franceses, marcou-se a necessidade de destruir os manicômios, por serem os núcleos das estratégias de controle e sanção atribuídas às instituições psiquiátricas, e de trabalhar com serviços de ordem territorial e comunitária.

“O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois tornar-se crítica e ação política. (BASAGLIA, 2001, p. 9).

Na década de 1960 o projeto político conseguiu maior visibilidade no campo da desinstitucionalização. Em Gorizia constitui-se o primeiro grupo do nascente campo da Psiquiatria Social, mas foi em Trieste que se consolidou enquanto prática de saúde mental. No ano de 1969, Basaglia deixa a cidade de Gorizia, sob a direção estratégica do grupo de conhecido por “gorizianos” – que constitui-se ao longo da década no processo de desinstitucionalização do manicômio – e parte para Trieste, onde organiza a reestruturação da assistência em saúde mental, construindo serviços territoriais e desconstruindo o manicômio local até meados da década de 1970.

Em conversa com a delegação brasileira a psicóloga Dr^a Anna Castellucci, que integrou a equipe de Basaglia e trabalhou ativamente no processo de desinstitucionalização ocorrido em Bologna, expos seu percurso e relatou sobre as dificuldades encaradas pela equipe, tanto no enfrentamento com a gestão local para o fechamento do manicômio; quanto de muitos dos próprios trabalhadores do hospital psiquiátrico, que ofereciam resistência para sair do asilo, certamente não por maldade ou ignorância, mas por medo perderem seus empregos e em função de uma produção subjetiva de suas formações que os fazia crer estarem ofertando o melhor cuidado possível. Na saída dos internos do manicômio, evidenciou-se o maior desafio que o grupo basagliano deveria lidar no processo de reinserção dos ex-moradores asilares: as questões socio-econômicas de abandono social, que necessitavam intensificar o tensionamento com a gestão na organização de rede local e territorial de saúde e assistência social.

As experiências de Gorizia, Trieste e toda a diáspora que aconteceu na Itália estão fortemente ligadas à história política do país pós II Guerra Mundial e as mudanças culturais e econômicas dos anos 1950 marcadas pela industrialização e o crescimento de uma classe

operária que daria início a lutas sindicais. O Movimento Estudantil que encabeçara, em 1968, toda efervescência social, foi um importante o espaço para compor fileiras de luta por justiça social, com uma leitura da vida de caráter antiinstitucional e antiautoritária os estudantes participaram como força voluntária nas experiências alternativas. O movimento estudantil chegou a invadir hospitais psiquiátricos, permitindo a chegada dos gorizianos ou basaglianos em Parma, por exemplo. De acordo com Goulart, os manicômios são estruturas análogas a “um campo de eliminação, um cárcere onde o internado não conhece nem o motivo nem a duração da condenação”, como definiu Basaglia (1982, p. 212). Ele comentava a saga e a desolação do psiquiatra manicomial, imerso numa instituição que destruía física e moralmente os seus pacientes, com requintes de violência e horror. (GOULART, 2007, p. 56).

A Lei 180, aprovada em 13 de maio de 1978³, deve-se fundamentalmente aos processos disparados por Basaglia ao longo da década de 1960 em Gorizia, que desencadeou no trabalho que ainda é referência realizado em Trieste e a constituição da Psiquiatria Democrática no país, que nasceu no ano de 1937. A Psiquiatria Democrática expressa um segundo momento identificatório da Reforma Psiquiátrica italiana, caracteriza-se como uma organização fundamentalmente política, composta principalmente por psiquiatras e aliados – especialmente a Magistratura Democrática –, com objetivo de reorientação dos esforços de expansão quando o movimento estudantil e outros protestos recrudesciam. Opunham-se às práticas psiquiátricas europeias que conservavam os aparatos assistenciais tradicionais (especialmente a psiquiatria de setor). Usa o termo “democrática” para amenizar o primeiro: psiquiatria, mas mantém uma distinção importante da antipsiquiatria, colocando-se como alternativa a Sociedade italiana de psiquiatria. Foi fundada no outono de 1973, na cidade de Bologna, por Franco e Franca Basaglia, Domenico Casagrande, Franco di Cecco, Tullio Fragiaco, Vieri Marzi, Gian Franco Minguzzi, Piera Piatti, Agostino Pirella, Michele Risso, Lucio Schittar e Antonio Slvich e Sergio Piro (também fundador da Magistratura Democrática).

A Psiquiatria Democrática, em sua pretensão política, visava operar como um ator social, conquistando posições estratégicas de gestão e espaço acadêmico nas universidades para influenciar na formação então fundamentada no paradigma positivista e autoritário. O movimento de psiquiatras estava centrado na luta contra o manicômio e pela revisão jurídico-normativa, visava à plena recuperação da cidadania dos doentes mentais, e expandiu-se rapidamente pelo país com o ideário reformista. A reforma italiana sempre considerou central

³ Anexo 1: Lei 180 de 13 de maio de 1978 – Lei Basaglia da Reforma Psiquiátrica Italiana

a mudança na condição legal e civil do paciente doente mental, pois de outra forma seria inviável a eficaz desconstrução das práticas anteriores. A lei 180, em 1978, previa medidas até então inéditas na legislação internacional, como a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais; a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais; a eliminação da custódia, assegurando a proteção e a administração judicial de bens e a restituição do direito constitucional de voto aos antigos internos dos hospícios (YASUI, 2011).

Com estas inspirações o movimento antimanicomial ganha força internacional e vai provocar críticas nas formas de atenção à loucura também no Brasil.

“QUEM NÃO SE MOVIMENTA, NÃO SENTE AS CORRENTES QUE O PRENDEM”⁴: O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL BRASILEIRO

O processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica situa-se no contexto histórico e político de renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, e não é possível compreendê-lo, sem que o tenhamos em mente enquanto movimento social, “como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentavam suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado a concretização de seus direitos” (YASUI, 2010, p 27). As políticas de saúde do Brasil voltadas ao campo da saúde mental tiveram um marco teórico e político importante na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) que criaria as condições para a aprovação da legislação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Outro marco histórico para o campo da saúde mental, que alavancou mudanças estruturais, inclusive, nas instâncias responsáveis junto ao Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990⁵. Neste encontro, no qual o Brasil se fez representar e foi signatário do acordo firmado, foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas” com o que os países da América Latina comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.

⁴ ROSA LUXEMBRUGO – filósofa e economista marxista polonesa , alemã. Tornou-se mundialmente conhecida pela militância revolucionária ligada à Social-Democracia do Reino da Polônia e Lituânia (SDKP).

⁵ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf

Quando, no dia 06 de abril de 2001, é finalmente sancionada a Lei nº 10.216, que define a Reforma Psiquiátrica para todo território brasileiro, um longo processo de debates e embates políticos, técnicos, culturais e éticos necessários para sua aprovação estavam ali se consolidando, uma série de outros estavam por se abrir. O processo brasileiro, fortemente inspirado nas propostas basaglianas, tem origem na década de 1970 no interior das lutas de saúde, e trilhou os mesmos caminhos da Reforma Sanitária do País, sendo um processo político de transformação social. Nascido da mobilização de trabalhadores de saúde, dentro do cotidiano de suas práticas institucionais, e nas universidades, levou seus protagonistas a desempenhar uma militância que transcendia a questão específica da instituição psiquiátrica, estendia-se a uma compreensão de Direitos Humanos, constituindo um Movimento Antimanicomial que congregava não apenas setores da saúde mental como profissionais, usuários e familiares, mas também estudantes, jornalistas, artistas e intelectuais (YASUI, 2010).

A assistência à doença mental no Brasil deu-se hegemonicamente, desde 1852 – com a inauguração do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro –, de forma hospitalocêntrica, medicalizante e excludente. Nesse território de disputa política e ideológica o Movimento Antimanicomial brasileiro constitui-se envolvendo militância e protagonismo, tendo como princípio a luta por uma sociedade mais democrática, com sujeitos autônomos inventores da sua própria história e desejo.

Ao final dos anos 1980, com eleições diretas para presidente e uma nova Constituição, o campo da saúde mental também obtinha importante vitória com a aprovação pela Câmara dos Deputados do projeto de lei n 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT), que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória, e dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.. Ao longo dos anos 1990 diversos estados e municípios do país elaboraram e promulgaram leis na direção do projeto do deputado Paulo Delgado, além de importantes experiências singulares promovidas pelo Movimento Antimanicomial: como o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo; os centros de convivência que se espalhavam pelo país; e o crescimento das organizações e associações de usuários e familiares. O Estado do Rio Grande do Sul, inspirado pelo projeto do Deputado Paulo Delgado, aprovou a Lei Federal nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, que determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico,

especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias⁶. A instabilidade econômica e a política neoliberal, símbolos do início dos anos 1990, foram entraves para a consolidação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, tendo em vista a perspectiva de desmanche das políticas públicas. A aprovação da Lei orgânica da Saúde (Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990) só foi possível durante o mandato de Fernando Collor de Mello, graças à intensa mobilização e pressão das forças políticas em favor da reforma, na defesa da noção de “saúde direito de todos e dever do estado”. Após o *impeachment* do presidente Collor de Mello, em 1992, a política econômica brasileira seguiu em uma construção neoliberal, com seus sucessores Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, ainda assim o contra-argumento ideológico de defesa dos direitos constitucionais da Reforma Psiquiátrica ganhou força e visibilidade institucional, e “se constituiu na articulação dos novos serviços com outros segmentos dos movimentos sociais, tais como as associações de usuários e familiares, organizações não governamentais (ONGs), sindicatos, etc. Essa estratégia estabeleceu uma diferença (...) entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária: por um lado, ocupou espaços no aparelho estatal e, por outro, manteve uma identidade de movimento social, por meio do Movimento da Luta Antimanicomial e das associações de usuários.” (YASUI, 2010, p. 57).

O início do novo milênio trouxe para o Movimento Antimanicomial uma vitória indigesta. No ano escolhido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o ano da saúde mental, 2001, como após tramitar 12 anos no Senado, o projeto de lei brasileiro conquista caráter de estatuto legal (Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica⁷). O projeto sofreu profundas alterações desde a data de sua aprovação na Câmara Federal, em 1989, e sua “suada” aprovação, em 2001. Diversos aspectos foram distanciando-o da legislação italiana que o inspirou, principalmente os fatos de não estar instituída a progressiva extinção dos manicômios, nem estar prevista a fonte de financiamento dos investimentos em Saúde Mental⁸. A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira alterou-se de um posicionamento militante evidente para um texto acanhado que se omite em relação a manutenção da estrutura

⁶ Anexo 2: Lei Federal nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, Lei da Reforma Psiquiátrica do Rio Grande do Sul.

⁷ Anexo 3: Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

⁸ É importante frisar que o subfinanciamento da Saúde no Brasil é um empecilho importante para a consolidação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. De acordo com Vilaça Mendes (<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/32907/saude-publica/mesmo-em-crise-paises-europeus-investem-mais-que-brasil-na-saude>), constitui-se um problema o fato de a Constituição de 1988 não ter definido claramente um percentual mínimo de investimento na área. A Emenda Constitucional Nº 29 (2000) garantiu a vinculação dos recursos de Saúde, ainda sim não atingindo o mínimo necessário, de acordo com o professor, de 7% do PIB para a garantia da universalidade.

hospitalar existente, regulamenta as internações psiquiátricas e alude uma mudança de modelo assistencial. Em resposta, no mesmo ano, o Movimento Antimanicomial organizou a III Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília, após seis meses de conferências municipais e estaduais, como consequência foi publicada no ano seguinte uma nova portaria, a 336/2002, com importantes contribuições para a Reforma Psiquiátrica brasileira, propondo um novo modelo de assistência que define os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) como serviços de atenção diária com funcionamento segundo a lógica do território; criando três diferentes tipos de CAPS, os quais definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (I, II e III), o CAPS passa a ser o articulador central das ações de saúde mental. Após nove anos da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), foi convocada, por decreto presidencial de abril de 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, pela primeira vez de caráter Intersetorial, realizada em Brasília entre os dias 27 de junho e 01 de julho. Com participação maciça de usuários, trabalhadores e gestores, o relatório final da conferência estima que 46mil pessoas tenham participado do processo nas etapas municipais, regionais e nacional. O tema da IV CNSM – “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” – e o caráter da intersectorialidade atendiam as demandas que a reestruturação de modelo exigiu desde a CNSM anterior. O Movimento Antimanicomial no país cresceu em complexidade, multidimensionalidade e pluralidade, exigindo diversificação de mobilização e articulação política, nas reivindicações relativas ao financiamento e à construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado. Diferente da III CNSM – a qual se centrou em reafirmar os princípios da Reforma Psiquiátrica e buscar a garantia do aprofundamento da reorientação do modelo assistencial em saúde mental – debates da IV Conferência apostaram na identificação das lacunas e dos desafios trazidos pela efetiva mudança no cenário.

A institucionalização da Reforma Psiquiátrica no campo normativo, com a regulamentação das internações e a proposição de serviços substitutivos territoriais, não garante uma adesão automática tanto de trabalhadores, quanto dos gestores. Alinhados ao que os psiquiatras italianos afirmavam na análise de sua então recente Reforma Psiquiátrica (em artigo de dezembro de 1985): “(...) neste percurso a reforma não é um objetivo finalmente alcançado, não significa a finalização da desinstitucionalização. Ao contrário, no momento no qual ela anuncia o objetivo da eliminação da internação psiquiátrica, ela confirma e amplia o campo de ação da desinstitucionalização.” (ROTELLI *et al*, 2001, p. 53). Em suas bases, os movimentos reformistas que geraram e seguiram sustentando, em boa medida, as reformas

psiquiátricas em curso tanto no território europeu, quanto no latino-americano, é fundamental a distinção entre a desospitalização e a desinstitucionalização necessárias às mudanças do modelo assistencial em saúde mental.

Referida desde as origens da Psiquiatria Democrática Italiana, como um processo social complexo que envolve atores sociais concretos, sujeitos das experiências de transformação, a desinstitucionalização requerida para que as Reformas Psiquiátricas se efetivem, sejam elas em que condições e territórios ocorram, precisa focar, necessariamente a instituição da loucura e não meramente uma outra organização/estabelecimento hospitalar que circunstancialmente na história teve a incumbência de selar a exclusão do louco asilando-o sob a consigna de doente mental. A instituição a ser negada, não é o hospício isoladamente, e sim, todo o arsenal de saberes, verdades, normas e lugares instituídos sobre e para a loucura e o louco (como doença e doente mental, respectivamente). Para Rotelli e colaboradores, “o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social” (ROTELLI *et al*, 2001, p. 28). Sobre esta separação artificial entre a ficção “doença” e uma existência complexa corporificada num sujeito sofrente construiu-se toda uma gama de aparatos científicos, legisladores, administrativos que passam a justificar não apenas a lógica causal doença-teoria, como também a existência do aparato tecno-burocrático criado em torno dela. E são os autores italianos que lapidam: “É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto existência doente”. (ROTELLI *et al*, 2001, p. 28)

Argumentando com os teóricos institucionalistas, pode-se definir que se as instituições inscrevem-se nos jogos de saber-poder determinantes dos processos do desejo de um tempo datado historicamente, e não cabe entendê-las como alheias ou estranhas aos projetos que traçamos para nossas vidas. Dito de outro modo, as instituições que constituem nosso tecido social não estão em relação de oposição aos nossos desejos, nem àquilo que somos nós. Como seres de instituições, subjetivados nelas e por elas, o trabalho de desinstitucionalização não pode confundir-se com qualquer movimento de destruição disso que nos constitui, senão de crítica e revisão daquilo que das instituições (parte do que nos tornamos, portanto) já não nos convém. Tomo, a partir de tal compreensão, a desinstitucionalização como um trabalho micropolítico de desconstrução gradual das lógicas reprodutoras e desingularizantes que transcendem em muito os muros levantados por instituições totais. Recorro a Paulon que afirma:

Avançando, por fim, nos caminhos abertos e martelados pelas mãos de Nietzsche, com um entendimento das instituições como **redes invisíveis de subjetivação moral**, podemos definir a tarefa da desinstitucionalização como incessante questionamento dos valores que atribuímos a nossas formações culturais, constante potencialização dos movimentos críticos às formas dadas que aparecem como naturais e incansável disposição a produzir o novo, resgatando o devir criador de cada um de nós. (PAULON, 2006, p. 134).

“CONTRA O PESSIMISMO DA RAZÃO, O OTIMISMO DA PRÁTICA”⁹: O QUE VIVI NO BRASIL E O QUE VI NA ITÁLIA¹⁰.

Canoas, fevereiro de 2012, edição de verão do projeto VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do SUS): componho um grupo de estudantes de formações diversas que está inserido para conhecer a realidade no sistema de saúde do município. Em um final de tarde acompanhamos o encontro do Conselho Municipal de Saúde, em pauta a aprovação de uma verba (não especificada) para a construção de uma ala psiquiátrica no hospital universitário local. Os argumentos centravam-se na necessidade “evidente” de uma ala específica para os doentes mentais, que houvesse grades nas janelas e fosse afastada das demais alas em virtude do tratamento “diferenciado e especializado” do qual este tipo de pacientes demandava. A votação deu-se com apenas uma abstinência, da pessoa que, durante a discussão, afirmava não poder ser ampliado o setor psiquiátrico sem a contratação de mais médico psiquiatras, e todos os demais votos foram favoráveis da criação do “pequeno manicômio universitário”.

Bologna, fevereiro de 2013, Centro de Saúde Mental: A equipe do Centro está reunida para discussão dos acontecimentos do dia. A psicóloga traz o caso de uma paciente grave, já conhecida por todos da equipe: a paciente chegou em crise, bastante agitada, fazendo as costumeiras ameaças de agressão que foram acolhidas pela psicóloga em manejo verbal narrado pela mesma que, enquanto contava da condução que fizera do caso, foi interrompida por um dos psiquiatras da equipe. O médico em questão alega que “*a psicologia não detém ferramentas para trabalhar com usuários em crise*”, e, por isso, que a atitude tomada pela colega fora inadequada já que “*deveria ter acionado o psiquiatra – profissão que está devidamente instrumentalizada para manejar os casos de crise*”. Em nítida concordância com a repreensão recebida, a referida psicóloga não prosseguiu com o relato, abaixou a cabeça e afirmou que a cena não se repetiria. Nenhum outro membro da equipe multidisciplinar manifestou qualquer opinião divergente.

O que aí se repete?

⁹ BASAGLIA, FRANCO. É o subtítulo da coletânea de suas conferências no Brasil (Basaglia, 1979).

¹⁰ Algumas das ideias expressas neste capítulo foram previamente publicadas no artigo “TODO DIA SE FAZ TUDO SEMPRE IGUAL...? Recortes da desinstitucionalização da loucura Brasil-Itália” no livro “Cotidiano e processos de subjetivação: aprisionamentos e expansões” (Orgs.: Roberta Carvalho Romagnoli e Magda Dimenstein) em parceria com minha orientadora Simone Mainieri Paulon e a Prof^a Dr^a Rosane Neves.

Que força é esta que transpõe fronteiras geográficas e pede espaço para reafirmar aquilo que lá já está?

O que clama por uma tal continuidade?

Apresento aqui cenas retiradas de diário, *lembranças de viagem*, daquilo que vi/experimentei em território italiano a respeito da Reforma Psiquiátrica, e que hoje compõe o *formar-me militante*, com todas as demais experiências que vivi na prática da Reforma Psiquiátrica Brasileira dentro do Movimento Antimanicomial. O desejo é de convidar eventuais leitores a um breve passeio por algumas experiências nos trajetos percorridos, não ao trajeto geográfico Porto Alegre-Bologna, mas a um trajeto das intensidades produzidas nesses deslocamentos no que remete ao cerne das questões colocadas nesses processos de reforma psiquiátrica.

A complexidade e processualidade deste trabalho implicado na desinstitucionalização é aqui evocada no intuito de ventilar as possíveis leituras das cenas cotidianas trazidas ao longo deste texto com a mesma disposição crítico-analítica que foi necessária para que os autores inscrevessem os movimentos reformistas nas agendas políticas de seus países e os diversos atores que as protagonizaram tornassem-se operadores das Reformas Psiquiátricas em que se inserem. O intuito de lançar ao longo desse escrito pequenas esquetes de experiências do campo da saúde mental nos dois países é o de permitir problematizações das práticas que atualizam os processos reformistas em jogo e do que eles enunciam em termos dos modos de viver cristalizados das instituições colocadas em análise. Neste sentido, vale a lembrança de Michel Foucault (2003) quando analisa que as práticas têm sua própria regularidade, sua lógica, sua evidência, sua estratégia. Um regime de práticas vai dar forma a uma instituição, a qual passa a ser nomeada, reconhecida, instituída. Assim como são as mesmas práticas que, em seu processo de desinstitucionalização, podem ser questionadas, discutidas, (re)inventadas.

Então, a partir de agora, seguindo a pista do filósofo, busco acompanhar um pouco mais de perto o regime de práticas que sustenta e viabiliza práticas segregadoras e reforçadoras, não por acaso, das instituições que tanto a Psiquiatria Democrática italiana quanto o Movimento Antimanicomial brasileiro esforçaram-se por desconstruir. Proponho tomar algumas cenas-analisadoras vivenciadas ou observadas nos cotidianos de trabalhadora da saúde mental, de militante mentaleira, de estudante, de pesquisadora e/ou visitante com olhar estrangeiro, para problematizar, sob um olhar institucionalista, alguns pontos de institucionalização identificáveis entre as cenas trazidas.

Os fragmentos acima trazidos apontam a captura da potência instituinte dos movimentos em que se inscrevem pelas forças instituídas nos espaços de saberes e práticas da Reforma Psiquiátrica, independentemente do território geográfico onde tenham ocorrido. No trajeto das intensidades experimentadas nos diferentes territórios percebem-se os pequenos fascismos que marcam os saberes e as práticas no cotidiano da Reforma. O que fazer para não sucumbir a estes micro-fascismos? Como proceder para que a potência instituinte do movimento antimanicomial se atualize na experiência cotidiana da Reforma?

O instituinte, como potência, não tem receita. Sua única regra é produzir uma ruptura constante dos equilíbrios estabelecidos através da indagação permanente dos saberes que se pretendem hegemônicos e das práticas que se acomodam na rotina dos fazeres. Revirar um pouco o que restou dos ideais libertários, coletivizantes, democráticos que geraram e viabilizaram os ganhos jurídico-legais dos processos de Reforma Psiquiátrica nos dois países é um exercício necessário, quando nos deparamos com situações-limite como as narradas nos momentos diferentes que abriam estas reflexões.

Em uma das esquetes trazidas para discussão, evidenciava-se o emolduramento institucional da equipe, atravessada e institucionalizada pelo saber-poder médico, que dita o que *pode* e o que *deve* ser feito, *como* e *por quem*. A instituição médica que permeia o campo da saúde mental, pretendendo-se “democrática” atualiza e preserva a lógica de detentora da verdade sobre a loucura. “*Devemos reconhecer que há um retrocesso para uma medicina reducionista e medicalizada e que estamos muito distantes de aprender a trabalhar em rede*” expressou um gestor do serviço sanitário nacional italiano sem esconder certo pesar pela própria constatação.

Acerca da pesquisa comparativa de Izabel Friche Passos sobre as influências presentes na Reforma Psiquiátrica brasileira dos processos desenvolvidos na Psiquiatria de Setor francesa e na Psiquiatria Democrática italiana, Yasui levanta os seguintes questionamentos

(...) até que ponto as estruturas substitutivas rompem de fato com a psiquiatrização dos problemas sociais e da população? Com o intenso aumento no consumo de psicofármacos, o hospital corre o risco de tornar-se anacrônico. O controle dos corpos se faz de forma mais sutil, através da neurobioquímica. (YASUI, 2011, p. 588)

Franco Rotelli, um dos mentores e operadores da reforma psiquiátrica italiana, apontando o que demandava democratização à época em que se iniciaram os processos de Reforma na Itália, indica o quanto os movimentos instituintes propulsores de mudanças em um dado momento histórico podem se rerepresentar em outro momento com novas roupagens, mas demandas semelhantes.

A rede de instituições médicas e assistenciais que povoam o deserto, na realidade reproduz e perpetua o próprio deserto, mais subterrâneo e invisível: a fragmentação das necessidades e das demandas, a privatização e solidão do sofrimento cotidiano, o peso dos vínculos e dos procedimentos burocráticos, a dependência de respostas institucionais que cristalizam e encistam as necessidades, a expropriação e o empobrecimento da vida que a condição de ‘usuário de direito’ comporta. Muitos rostos e histórias semelhantes às do manicômio”. (ROTELLI, 2001, p. 77)

Na reatualização da demanda por um “pequeno manicômio universitário”, a instância de controle social perpetua e cristaliza a lógica de exclusão e segregação. Valendo-me da leitura institucionalista de Heliana Conde Rodrigues para refletir sobre o processo de institucionalização também presente na reforma psiquiátrica brasileira, acrescento a estas preocupações:

Aparentemente, em lugar de tecer/balançar uma rede de alternativas (substitutivas) à Psiquiatria, vemo-nos hoje nas malhas de uma outra rede – a que volta a manicomializar nossos modos de pensar, agir, ser, pois se conforma com que ‘tudo mude para que tudo continue como está’”. (RODRIGUES, 2009, p. 205)

A fim de evitar reducionismos e uma saída de “fadados ao fracasso” é importante atualizar uma discussão da Reforma Psiquiátrica em tempo de biopoder. A partir das proposições de Foucault, as biopolíticas têm a intenção de dar conta da totalidade da vida. Um poder cuja função mais elevada já não é mais matar – como fora no poder soberano e no disciplinar – , mas investir sobre a vida, de cima a baixo, o biopoder, constituído no século XIX, se caracteriza pela instalação de uma grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida.

Enquanto as instituições disciplinares se caracterizavam pelo exercício de um poder não mais excludente, mas produtivo, microfísico que vai ligando os indivíduos através de um processo de produção, formação ou de correção de produtores em função de uma determinada norma – caracterizando um poder normativo em sua função ortopédica; na biopolítica este aspecto invisível e a-espacial do poder se aguça. À verticalidade das sociedades soberanas, substituídas pela horizontalidade das estruturas de poder disciplinar características do século XIX, vê-se emergir no contemporâneo uma nova ordem de investimentos das políticas e das estratégias econômicas na vida e, sobretudo, no viver. Essa nova modalidade de poder sobre a vida, o biopoder, organiza-se em torno de dois polos: as disciplinas do corpo e as regulações da população. Atuante no nível dos mecanismos, das técnicas, e não da filosofia ou da teoria política, o biopoder é essa tecnologia que prolonga os efeitos do poder disciplinar; seu alcance

é mais vasto, seu alvo é o homem como ser vivo, absoluto, integral. A vida, agora, transformada ela mesma em alvo de incidência do poder, integra-se aos cálculos do poder estatal, fazendo da política uma biopolítica. (FOUCAULT, 2008)

Delineia-se, deste modo, uma nova função para o Estado que reflete as transformações das relações com o poder. As cidades mais populosas requerem contínua intervenção do poder: urbanização, produção crescente e livre, uma população com demanda de ser governada, de ser mantida, saudável, uma população que precisa produzir e consumir. Nesta lógica é fácil entender que o bom governar requer novos critérios, a governamentalidade está em mutação. Aqueles que não produzem nem bens, nem saúde são aqueles para os quais não vale a pena governar. Assim, o biopoder serve também para estabelecer uma linha divisória entre o que deve permanecer vivo e o que deve morrer, fragmenta o campo biológico em termos de raças. Eliminar o anormal, as espécies inferiores, os degenerados, a fim de fortalecer a espécie sadia, que poderá proliferar. O Estado que temos até hoje é resultado desse tipo de governamentalidade moderna. As instituições volatizadas tornam o exercício do biopoder mais oneroso do que o do poder disciplinar. Por requerer órgãos complexos de coordenação e de centralização é um poder mais difícil de ser exercido. Mais sub-reptício, mas por isso mesmo é também mais duradouro, menos instável e tem seus instrumentos próprios para ser exercido. Segundo Fuganti (2007, p. 3), “o biopoder não só necessita desqualificar a vida, como também ele só cresce na medida em que gerir essa desqualificação, tornando-a sistêmica. Ele precisa criar um sistema de julgamento como sistema de prover e reproduzir a vida obediente, a vida doente”.

A fim de entender a dimensão sistêmica do biopoder é preciso considerar que esta lógica individualizante se exprime na esfera da medicalização da vida, estendendo-se também para uma judicialização, produzindo, assim, uma miscibilidade entre estes dois sistemas de regulação – o médico e o jurídico. Mas neste ponto vale a lembrança citada acima quando chamávamos a atenção para a dimensão subjetivante da vida institucional. Como formações desejanter, a institucionalização dos processos reformistas que as cenas descritas trazem narram não apenas desejos de liberdade coartados, elas também falam de desejos de manicômio (MACHADO; LABRADOR, 2007), denunciam velhos medos e nem tão longínquos instrumentos de lidar com eles. São cenas prosaicas de trabalhadores que acreditam mesmo não *ter uma estrutura para atender esse tipo de paciente, um espaço diferenciado para escutar eles*. São cuidadores esforçados que consideram *a internação psiquiátrica mais complexa que as outras*. E que por isso acham que *As pessoas não têm tolerância para fazer o cuidado*. São militantes da luta antimanicomial brasileira que, tanto

quanto a dedicada equipe multiprofissional italiana, mobilizam-se frente a um surto e não se veem na *profissão* [médica, única, salvadora...] *que está devidamente instrumentalizada para manejar os casos de crise.*

Como forma de evitar as rápidas e aparentemente fáceis saídas individualizantes, corporativas ou culpabilizantes, vale o esclarecimento de Fuganti acerca de como o dispositivo saber-poder se apresenta nas relações contemporâneas:

Não há biopoder - ou poder sobre a vida - que não seja também o poder de um tipo de vida sobre outra. Pois o poder nada é fora de seu exercício sobre a vida, exercido também através de vidas. Capital não é uma entidade simplesmente abstrata que se efetua de modo heterônomo e transcendente e se inocula por milagre no coração dos homens. Existem vidas que desejam o capital. Assim como o capital deseja um tipo de vida, investe em um tipo de vida. (FUGANTI, 2007, p. 2)

Não proponho que estejamos fadados, nem que nos deixemos cooptar por uma leitura nihilista do cotidiano, tendo em vista que a compreensão das formas com que o poder se organiza e nos subjetiva na atualidade pode oferecer bons subsídios a pensar novas saídas. Talvez a principal aprendizagem neste trajeto das intensidades percorridas nos territórios da Reforma Psiquiátrica seja a de que a luta antimanicomial é um espaço de criação permanente que requer, antes de tudo, especial atenção às palavras e aos pequenos gestos que povoam nosso cotidiano.

Bologna, fevereiro de 2013: “Como nos adaptamos à ideia de que a vida exige mudanças?” (Italiana internada em serviço psiquiátrico de diagnose e cura – SPDC – fev 2013). A frase da louca italiana em grupo terapêutico realizado com os pacientes em crise internados em um dos inúmeros serviços dentro de um hospital geral da região da Emília Romana. Naquela tarde participando das rotinas de atendimento do serviço, a psicóloga responsável por conduzir o grupo interrogou os participantes quanto ao tema que lhes interessava discutir. À consigna-questão lançada ao grupo pela profissional correspondeu esta indagação proposta pela usuária em crise.

São Lourenço do Sul, maio de 2009, CAPS I Nossa Casa, durante o MentalTchê, encontro símbolo do Movimento Antimanicomial gaúcho com a participação de usuários, trabalhadores, gestores, estudantes, familiares e demais mentaleiros. O grupo de estudantes entrava em um serviço substitutivo, muitos pela primeira vez, as portas todas abertas, pessoas entravam e saíam, não havia uma secretaria e/ou recepção, estava próximo ao horário de almoço e cheiro de comida caseira invadia as peças, uma oficina de papel machê acontecia simultaneamente a uma roda de samba no andar inferior. Entre cheiros, cores e sons se

aproxima do grupo de estudantes um senhor, identifica-se como usuário do serviço e mostra-nos algumas produções das oficinas que estão à venda, após compras e vendas, um dos estudantes interroga o senhor sobre o tratamento que lhe é oferecido naquele espaço e ele responde: “Tratamento? Isso é o que me ‘davam’ (articulando aspas com as mãos) quando eu *tava* no hospital psiquiátrico, aqui é onde me ajudaram a fazer a vida acontecer!”.

São as mesmas engrenagens do poder que apresentam as linhas de fuga passíveis de apresentarem alguma força de resistência ao assujeitamento dos corpos. “São os devires do corpo e do pensamento, todo um modo de desejar e produzir relações do homem consigo e com a natureza que devem ser reavaliados e reinventados” (FUGANTI, 2007, p. 2). Trata-se, assim, de investir nos corpos e nas vidas contra os arranjos de poder. É em meio aos processos de cristalização das práticas e institucionalização dos movimentos da vida que se maquina a produção de novos possíveis. A busca agora de processos de produção de saúde aponta não tanto para aquilo o que nos tornamos, formas identitárias, mas para a delicada captação dos movimentos desejantes que indiquem o que estamos em vias de diferir.

Como ensinou Nietzsche em *O anti-Cristo* (1978, p. 347): “a vida mesma vale para mim como instinto de crescimento, de duração, de acumulação de forças, de *potência*: onde falta a vontade de potência, há declínio”; então onde se vê declinar certos valores dos movimentos reformistas, entendidos como valores potencializadores de vontades de expandir a vida para além do que certas formas identitárias, possam estar sendo prescritos como *norma*, nesses momentos/cenas cotidianas há valores de declínio.

As duas últimas cenas até aqui retratadas afirmam, para mim, a saúde como potência criativa que expande a vida, que entende “a existência não como sujeito, mas como obra de arte”, a expressão estética da vida (DELEUZE, 1992 p. 120). A concepção de vida-arte é pautada por uma visão de mundo que é estética e também ética, em contraponto à visão moral da existência que sustentaria uma concepção de saúde mais plástica e não normativa. Enquanto a moral estipula regras coercitivas de um tipo especial, julgando ações e intenções, referindo-se a valores transcendentais duais de certo *versus* errado, a ética é pautada por regras facultativas que avaliam o que fazemos e dizemos, em função de modos singulares de existência aí se implicam (DELEUZE, 1992).

A “operação artista” da vontade de potência é a invenção de novas possibilidades de vida, “novos mundos possíveis”, é como anuncia o usuário do CAPS sobre a invenção do cuidado que se produz no serviço. No campo da Reforma Psiquiátrica a construção de práticas de cuidado deve estar pautada na produção de entornos criativos e audazes de resistência ao

instituído, “é o viver intensamente a invenção do vivo, daquilo que afirma a criação ou que põe a vida como obra de arte da existência” (CECCIM; MERHY, 2009 p. 535)

De acordo com Negri (2001) para mudarmos esse mundo, só mesmo metamorfoseando a nós mesmos, criando novos valores, desconstruindo nossos ideais (narcísicos, revolucionários, transcendentales...) para reencontrarmos nossa potência de agir. Mas, para isso, é preciso estar atento a toda uma micropolítica que atravessa e constitui territórios subjetivos. É como se todo tempo fosse necessário habitar uma terra estrangeira, não para ali encontrar o que nos circunscreve à identidade e ao mesmo, mas para se deixar afetar pelo transbordamento infinitesimal do mundo. A luta antimanicomial, enquanto puro devir, é essa terra estrangeira e a Reforma Psiquiátrica só tem sentido na medida em que produz um estranhamento dos regimes de verdade que povoam nossa relação com a loucura.

Deixar-se povoar por este sempre radical estrangeiro que é a loucura sem precisar colonizá-lo, dobrá-lo a nossa própria língua. Lembro aqui, também, de um cartaz pintado à porta de uma associação de usuários da rede de saúde mental e familiares de Modena na região da Emília-Romana com o seguinte dizeres: “per lavorare in questa associazzone non é necessário essere matti... Pero aiuta!!!!” (“Para trabalhar nesta associação não é necessário ser louco... mas ajuda!!!!” – tradução livre)

A arte de inventar um cotidiano, ao não repetir o instituído, pode operar revoluções moleculares, intervém na mesmice da vida cristalizada e reinventa relações e modos de desejar capazes de produzir vidas-arte mais pulsantes e saúdes mais vigorosas e potentes. É a vida que não se contenta com o programado e *exige mudanças*.

SOBRE USAR BORBOLETAS E FAZER-SE ARANHA

Brumadinho, agosto de 2013 - Instituto de Arte Contemporânea e Jardim Botânico Inhotim (MG). Encontro Regional Sudeste da Rede Unida 2013, “O encontro com a vida sem molduras, girando a educação e o trabalho no cotidiano do SUS”. É impossível sair ilesa ao Merhy. Em sua fala de abertura Merhy transforma o auditório de um atelier, nos convoca a fazer arte, vida-arte, arte que convoca o corpo ao encontro, arte que entra em contato com o corpo. Nesse encontro não interessa o corpo rígido, repetitivo, estruturado, emoldurado, a arte quer o corpo sensível. Não quer o olho, quer o olhar em acontecimento. O sanitarista acena: “não fazemos o exercício permanente do nosso corpo sensível, não conseguimos nos aproximar do outro como obra de arte, perceber o outro na sua produção artística de vida”.

Uma política pública, como a Reforma Psiquiátrica, exige a construção de novos modos de cuidado, novas práticas em saúde e engendra produção de subjetividade, tendo em vista que o modelo manicomial-hospitalocêntrico é insuficiente para dar conta dos novos projetos e objetivos. Guattari e Rolnik trabalham a produção de subjetividade enquanto os modos de sentir, pensar e agir produzidos pelas redes da história formatando modos de sensibilidade e comportamento coletivos, através de discursos, instituições, leis e dispositivos sociais diversos ligados por uma rede de saber-poder que produz sujeitos e objetos de conhecimento. (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 64). Os discursos reproduzidos acerca da loucura, fundamentalmente atrelada à noção de periculosidade, produzem enunciamentos que tendem à captura dos movimentos instituintes, solidificando um sistema de saber-poder em processos de institucionalização da vida e conservando redes invisíveis de subjetivação moral que emolduram a vida-arte, cristalizando a potência do novo, da diferença. Podem-se traduzir essas molduras institucionais no âmbito da Reforma Psiquiátrica como espécies de “manicômios mentais”, que não necessitam dos muros da instituição total, mas que reproduzem sua lógica de dominação, opressão e exclusão. A lógica manicomial não é adstrita a um campo específico de práticas.

A fabricação desses modos de existência, capturados em sua força de invenção, de devires fascistas que se voltam em nome da razão, à correção de tudo o que escapa à normalidade, à vigilância ininterrupta para não sairmos da ordem, à produção de práticas e tecnologias de disciplinarização é algo que perpassa o cotidiano, que alimenta os modos pelos quais circulam as pessoas nos espaços sociais, nossos atos e formas de pensar (DIMENSTEIN, 2006, p. 78).

Os processos de Reforma Psiquiátrica atuais evidenciam que não basta fechar o manicômio, há que se desinstitucionalizar a Loucura, em uma perspectiva ético-estético-política. A negação do mandato institucional do manicômio sobre a loucura impõe como desafio à formulação e aperfeiçoamento de estratégias clínico-políticas, com base em uma produção de subjetividade que resista à emolduração e serialização da lógica hospitalocêntrica e medicalizante, tendo em vista que a determinação de implementação de serviços substitutivos, não garante a superação do desejo de exclusão e de exploração que carregamos.

Como anunciou Silvio Yasui, na militância antimanicomial a esperança é nosso princípio ético, a aposta é na potência da vida-arte. Mudar o mundo é nosso *devoir*. A esperança de inventar novas possibilidades funda-se em uma concepção de liberdade e “é dentro do homem que devemos libertar a vida, pois o próprio homem é uma forma de aprisioná-la” (DELEUZE, 1972, p. 132). Sendo assim, o movimento da Reforma Psiquiátrica investe na liberdade de *borboletas para reinventar o homem*, na produção de modos de viver capazes de afirmar a potência de efetuação da vida, a partir da invenção permanente de práticas desemoldurantes.

São as molduras institucionais de apropriação, de exploração, de etiquetamento, de controle e de produção de cronicidade, seja dentro ou fora dos muros do manicômio, que *borboletas* em movimentos de ruptura com o instituído buscam desfazer. Movimentos de produção de subjetividades marcadas pelas singularidades, pela inovação, pelo escape ao modelo, pela superação de padrões de normalidade, e que sejam criativas e potencializadoras de novos modelos de existência é que podem daí advir.

Entendendo-se que determinada política pública produz um modo de subjetivação, a qual produz modelos de vida, de existência, quando se visa colocar em análise e/ou avaliação sua efetividade é fundamental não se restringir aos aparatos estatais enumeráveis, como, por exemplo, no caso da política de saúde mental, ao quantitativo de serviços substitutivos em funcionamento. Colocar em análise uma política pública em saúde, assim entendida, passa por colocar no plano do comum as produções de vida que a mesma produz, como pista de uma estratégia para avaliação recorro ao que reverberou em mim a fala de Merhy no Encontro Regional Sudeste da Rede Unida 2013, para o que recorto um trecho do diário de campo tecido no calor da experiência:

Se a produção de obra de arte, como a vida, só acontece no encontro, a produção de uma leitura sobre determinada política pública não poderia ser diferente. A grande questão é qual corpo levamos para esse encontro com a arte, com a vida? É preciso desemoldurar o corpo rígido e convocar corpos mais sensíveis, um “corpo-aranha”. A maioria das aranhas

que produz teias é cega, sendo cegas desenvolvem uma relação com sua teia que se estabelece no nível do vibrátil. A teia não é um artefato, a teia é a própria aranha. Deve-se ser mais aranha na avaliação da política de saúde mental. O que é o nosso corpo-aranha vibrátil? Quais são as nossas teias? O que é nosso corpo vibrátil? Nossas teias operam na imaterialidade da retina e todos nós estamos emitindo nossas teias. Estamos lançando teias de olhares, de ruídos, de sons, de olfato. O corpo sensível convoca o pensamento, mas tendemos a cair nas armadilhas das molduras e inverter esta relação, tomando o pensamento a priori e emoldurando o corpo sensível. Quando abrimos o corpo sensível ao processo vibrátil desemoldura-se o pensamento.

Evocar o corpo vibrátil ao trabalhar com a produção de cuidado em saúde mental, é visibilizar, a partir do encontro, as possibilidades inventivas que resistem à dureza institucional. A própria vida justifica-se enquanto fenômeno estético. A vida-arte diz respeito à potência criativa de resistir ao instituído, ao modo de vida emoldurado e cristalizado, é desenhar voos instituintes. Segundo Deleuze (2003, p. 4), “existe uma afinidade fundamental entre a obra de arte e o ato de resistência”. Para ele, fazer arte é resistir: “Quando dizemos que ‘criar é resistir’, trata-se de uma afirmação de fato; o mundo não seria o que é se não fosse pela arte, (...) as pessoas não agüentariam mais”. (DELEUZE, 2003, p. 5).

Pensar o que a Reforma Psiquiátrica produz de vida-arte é tecer teias vibráteis em saúde. É percorrer cartograficamente os processos, com um corpo sensível. É desemoldurar o instituído e borboletear-se.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

_____. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Trad.: Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Rev. Interface Comunicação, saúde e Educação**, v.13, supl.1, p.531-42, 2009)

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Trad.: Peter Pál Pelbart – Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. *Qu'est-ce que l'acte de création?* Conferência na Fundação Femis, realizada em 17 de maio de 1987. Resgatada no endereço: www.webdeleuze.com. Acesso em: 16/05/2003.

_____. *O que é filosofia?* São Paulo: Editora34, 1972.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 6, jun. 2006 .

FOUCAULT, Michel. *Estratégia, poder-saber. Organização e seleção de Manoel Barros de Motta*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. *O Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FUGANTI, Luiz. **Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida** (discurso transcrito – proferido no CRP-RJ em 29/03/2007). Disponível em: <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/biopoder-nas-politicas-de-saude-e-desmedicalizacao-da-vida-discurso-transcrito>. Acesso em 8 de março de 2013.

GOULART, Maria Stella Brandão. *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Cartografias do Desejo*. São Paulo: Graal, 1986.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. **Vivência**, n. 32, p. 1-27, 2007.

NEGRI, Toni. *Exílio seguido de valor e afeto*. São Paulo: Iluminuras, 2001.

NIETZSCHE, F. *O Anti-Cristo: Ensaio de uma crítica do Cristianismo*. In: *Obras incompletas*. São Paulo, Abril Cultural, 1978.

PAULON, Simone Mainieri. A Desinstitucionalização como Transvaloração. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. **Athenea Digital**, nº 10, p. 121-136, 2006.

RODRIGUES, Heliana; RODRIGUES, Conde. Formação Psi: Reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, desinstitucionalização. In: MOURÃO, J. C. (org) **Clínica e Política 2**:

subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas. Rio de Janeiro: Abaçar: Tortura Nunca Mais, 2009, pp. 201-206.

ROTELLI F, LEONARDIS O, MAURI D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001, pp 17-59.

SALES, André Luis Leite de Figueiredo. **Competências dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de desinstitucionalização da loucura**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da UFRGS. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

YASUI, Silvio. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

_____. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira. Rev. História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 585-589, abr/jun. 2011.

ANEXOS

ANEXO 1: LEI 180 DE 13 DE MAIO DE 1978 – LEI BASAGLIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA

Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios

ARTIGO 1

Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios

§1 Os controles e os tratamentos são voluntários.

§2 Nos casos desta lei e naqueles expressamente previstos por leis do Estado, podem ser dispostos pela autoridade controles e tratamentos sanitários obrigatórios (TSOs), respeitando-se a dignidade da pessoa e os direitos civis e políticos garantidos pela constituição, compreendido na medida do possível o direito à livre escolha do medico e do local de tratamento.

§3 Os controles e os TSOS a cargo do Estado e das instituições publicas são efetuadas pelos órgãos sanitários públicos territoriais e, nos casos de necessidade de internação, nas estruturas hospitalares publicas ou conveniadas.

§4 Aquele que é submetido ao TSO tem o direito de, no decorrer do mesmo, se comunicar com quem julgar oportuno.

§5 Os controles e os TSOS citados nos parágrafos precedentes devem ser acompanhadas de iniciativas voltadas a assegurar o consenso e a participação de quem é a estes submetido.

§6 Os controles e os TSOS são estabelecidos por decreto do prefeito, na sua qualidade de autoridade sanitária local, sob o parecer de um medico.

ARTIGO 2

Controles e TSOS para doença mental

§1 As medidas citadas no 2º parágrafo do artigo precedente podem ser estabelecidas para as pessoas acometidas de doenças mentais.

§2 Nos casos mencionados no parágrafo precedente, a proposta de TSO pode prever que os cuidados sejam prestados em regime de internação hospitalar somente se exibirem alterações psíquicas tais que requeiram intervenções terapêuticas urgentes, se as medidas não forem aceitas pelo enfermo e se não existirem as condições e as circunstancias que permitam adotar medidas sanitárias extra-hospitalares oportunas e apropriadas.

§3 O decreto que determina o TSO em regime de internação hospitalar deve ser precedido da ratificação do parecer citado no ultimo parágrafo do artigo 1, por parte de um medico da estrutura sanitária publica, e deve ser justificado segundo o que está previsto no parágrafo precedente.

ARTIGO 3

Procedimento relativo aos controles e TSOs em regime de internação hospitalar por doença mental

§1 O decreto citado no artigo 2, com o qual o Prefeito determina o TSO em regime de internação hospitalar, acompanhado do parecer médico referido no ultimo parágrafo do artigo 1 e da ratificação citada no ultimo parágrafo do artigo 2, dever ser notificado, no prazo de 48 horas a partir da internação, através de oficial de justiça, ao juiz tutelar da jurisdição municipal.

§2 O juiz tutelar, dentro das sucessivas 48 horas, obtidas as informações e determinados os eventuais controles, dispõe com decreto motivado a ratificar ou não a medida, comunicando-a ao prefeito. Em caso de decisão contrária à ratificação, o prefeito determina a suspensão do TSO em regime de internação hospitalar.

§3 Se a medida citada no 1º parágrafo do presente artigo for estabelecida pelo prefeito de uma cidade diversa daquela de residência do enfermo, o prefeito desta ultima é comunicado. Se a disposição referida no 1º parágrafo deste artigo for adotada em relação a cidadãos estrangeiros ou apátridas, o Ministério do interior e o consulado competente serão comunicados.

§4 Nos casos em que o TSO deva continuar por mais de 7 dias, o medico responsável pelo serviço psiquiátrico mencionado no artigo 6 é obrigado a formular, em tempo hábil, um parecer ao prefeito que determinou a internação, que o comunica ao juiz tutelar, de acordo com o 1º e 2º parágrafos deste artigo, indicando a ulterior duração presumível do tratamento.

§5 O médico citado no parágrafo precedente é obrigado a comunicar ao prefeito, tanto no caso de alta quanto no caso da continuidade da internação, a cessação das condições que requeiram a obrigatoriedade do tratamento sanitário, comunica, além disso, a eventual impossibilidade de prosseguimento do próprio tratamento. O prefeito, no prazo de 48 horas a partir do recebimento da comunicação do medico, deve comunicá-la ao juiz tutelar.

§6 Sempre que for necessário, o juiz tutelar adotará as providencias urgentes que possam ser indispensáveis para conservar e administrar o patrimônio do doente.

§7 A omissão das comunicações mencionadas nos parágrafos 1º, 4º e 5º deste artigo determina a cessação de todos os efeitos da medida e configura, salvo se não subsistirem os elementos de um delito mais grave, o crime de omissão de atos de ofício.

ARTIGO 4

Revogação e modificação

§1 Qualquer um pode encaminhar ao prefeito pedido de revogação ou modificação da medida através da qual foi determinado ou prolongado o TSO.

§2 A partir dos pedidos de revogação ou modificação o prefeito decide no prazo de dez dias. As medidas de revogação ou modificação são adotadas com o mesmo procedimento da medida original.

ARTIGO 5

Tutela Jurisdicional

§1 Quem è submetido ao TSO, ou qualquer pessoa que tenha interesse, pode propor ao tribunal competente da comarca um recurso contra a medida ratificada pelo juiz tutelar.

§2 Dentro do limite de 30 dias, a partir do encerramento do prazo mencionado no 2º parágrafo do artigo 3, o prefeito pode interpor recurso contra decisão desfavorável ao decreto que determina o TSO.

§3 No processo diante do tribunal as partes podem estar em juízo sem defensor e podem se fazer representar por pessoa munida de mandato escrito no próprio recurso ou em ato separado. O recurso pode ser apresentado ao tribunal mediante carta registrada com aviso de recebimento.

§4 O presidente do tribunal fixa a audiência de comparecimento das partes com decreto no próprio recurso que è notificado às partes, bem como ao Ministério Público, sob responsabilidade do escrivão.

§5 O presidente do tribunal uma vez obtida a medida que determinou o TSO e depois de ouvir o Ministério Público, pode suspender o tratamento em questão, antes mesmo que se dê a audiência de comparecimento.

§6 A respeito do pedido de suspensão, o presidente do tribunal decide no prazo de dez dias.

§7 O tribunal decide em Câmara de Conselho, depois de ter ouvido o Ministério Público, obtido informações e recolhido as provas constantes do processo ou pedidas pelas partes.

§8 Os recursos e os sucessivos procedimentos são isentos de taxas. A decisão do Processo não é sujeita a registro.

ARTIGO 6

Modalidades relativas aos controles e TSOs em regime de internação hospitalar por doença mental

§1 As intervenções de prevenção, tratamento e reabilitação relativas às doenças mentais são realizadas normalmente pelos serviços psiquiátricos extra-hospitalares.

§2 A partir da entrada em vigor desta lei, os tratamentos sanitários para doenças mentais que comportem a necessidade de internação hospitalar e que estejam a cargo do Estado ou de órgãos e instituições publicas, serão efetuados, com exceção do disposto no artigo 8, nos serviços psiquiátricos mencionados nos próximos parágrafos.

§3 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano, também com referencia aos âmbitos territoriais previstos no 2º e 3º parágrafos do artigo 25 do decreto do Presidente da Republica, de 24/03/1977, n.616, determinarão os hospitais gerais nos quis em 60 dias a partir da entrada em vigor desta lei, deverão ser instituídos Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura.

§4 Os Serviços mencionados no 2º e 3º parágrafos deste artigo (que serão organizados segundo o que foi previsto pelo decreto do Presidente da Republica, de 27/03/1969, n. 128, para os serviços especiais obrigatórios nos hospitais gerais e que não deverão ser dotados de um numero de leitos superior a 15), com a finalidade de garantir a continuidade da intervenção sanitária para a salvaguardar a saúde mental, serão orgânica e funcionalmente ligados, de forma departamental, aos outros serviços psiquiátricos existentes no território.

§5 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano deverão especificar as instituições particulares de internação e tratamento, dotadas dos requisitos prescritos, nas quais poderão ser realizados tratamentos sanitários e voluntários em regime de internação.

§6 Em relação às exigências assistenciais, as províncias poderão estipular convênios com as instituições citadas no parágrafo precedente, em conformidade com o próximo artigo.

ARTIGO 7

Transferência às regiões das funções concernentes à assistência hospitalar psiquiátrica

§1 A partir da entrada em vigor da presente lei, as funções administrativas concernentes à assistência psiquiátrica em regime de internação hospitalar, já exercidas pelas províncias, serão transferidas, nos territórios de sua competência, às regiões ordinárias de estatuto especial. Mantém-se inalterada a atual competência das províncias autônomas de Trento e Bolzano.

§2 A Assistência hospitalar disciplinada pelos artigos 12 e 13 do decreto-lei de 08/07/1974, n.264, convertido com modificações na lei de 17/08/1974 n.386, compreende as internações hospitalares por alterações psíquicas. Mantém-se inalteradas até 31/12/1978 as disposições vigentes com referencia à atribuição da despesa.

§3 A partir da entrada em vigor desta lei, as regiões exercerão, também em relação aos hospitais psiquiátricos, as funções que desenvolvem em relação aos outros hospitais.

§5 Até a data de entrada em vigor da reforma sanitária e, de qualquer modo, não além de 01/01/1979, as províncias continuarão a exercer as funções administrativas relativas à gestão dos hospitais psiquiátricos e a todas as outras funções referentes aos serviços de higiene mental.

§6 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano programarão e coordenarão a organização dos serviços psiquiátricos e de higiene mental com as outras estruturas sanitárias operantes no território e realizarão a gradual superação dos hospitais psiquiátricos e a utilização

diferente das estruturas existentes ou em vias de conclusão. Tais iniciativas não podem comportar maiores ônus para os orçamentos das administrações provinciais.

§7 E' absolutamente proibido construir novos hospitais psiquiátricos, utilizar os já existentes como divisões psiquiátricas especializadas de hospitais gerais, instituir nos hospitais gerais seções psiquiátricas e utilizar como tais seções neurológicas ou neuropsiquiátricas.

§8 Aos hospitais psiquiátricos dependentes das administrações provinciais ou de outros órgãos públicos ou das instituições publicas de assistência e beneficência, aplicam-se as proibições mencionadas no artigo 6 do decreto –lei de 29/12/1977, n. 946, convertido com algumas modificações na lei de 27/02/1978 n. 43.

§9 Aos Serviços Psiquiátricos de Diagnostico e Cura dos hospitais gerais, mencionados no artigo 6, è destinado pessoal dos hospitais psiquiátricos públicos extra-hospitalares.

§10 As relações entre as províncias, as organizações hospitalares e as outras estruturas de internação e tratamento serão reguladas por acordos apropriados, em consonância com um modelo a se aprovar no prazo de 30 dias a partir da entrada em vigor desta lei, por decreto do Ministro da Saúde, em conformidade com as regiões e a União das Províncias da Itália, e consultadas no que concerne aos problemas de pessoal, as organizações sindicais de classe mais representativas.

§11 O modelo de acordo deverá disciplinar, entre outras coisas, a ligação orgânica funcional citada no 4º parágrafo do artigo 6, as relações financeiras entre as províncias e as instituições de internação e a utilização do pessoal mencionado no 8º parágrafo deste artigo.

§12 A partir de 01/01/1979, por ocasião da renovação contratual, serão estabelecidas normas para a gradual homogeneização entre o tratamento econômico e os institutos normativos de caráter econômico das correspondentes categorias de pessoal das organizações hospitalares.

ARTIGO 8

Enfermos já internados nos hospitais psiquiátricos

§1 As normas mencionadas nesta lei aplicam-se também aos enfermos internados nos hospitais psiquiátricos no momento da sua entrada em vigor.

§2 O médico-chefe responsável, no prazo de 90 dias a partir da entrada em vigor desta lei, comunica ao prefeito das respectivas cidades de residência, com pareceres individuais, os nomes dos internos para os quais considera necessário o prosseguimento do TSO na própria estrutura de internação, indicando a duração presumível do mesmo. E', além disso, obrigado a tomar as providencias referidas no 5º parágrafo do artigo 3.

§3 O prefeito determina a medida do TSO em regime de internação hospitalar segundo as normas citadas no ultimo parágrafo do artigo e a comunica ao juiz tutelar de acordo com o artigo 3.

§4 A omissão das comunicações mencionadas nos parágrafos precedentes determina a cessação de todos os efeitos da medida e configura, a não ser que subsistam os elementos de um delito mais grave, o crime de omissão de atos de ofício.

§5 Tendo em conta o previsto no 5º parágrafo do artigo 7 e em provisória anulação ao disposto no 2º parágrafo do artigo 6, nos atuais hospitais psiquiátricos podem ser internados, sempre que a solicitarem, exclusivamente aqueles que já tenham sido internados anteriormente à data de entrada em vigor desta lei e que necessitem de tratamento psiquiátrico em regime de internação hospitalar.

ARTIGO 9

Atribuições do pessoal medico dos hospitais psiquiátricos

Único. As atribuições em matéria sanitária do diretor, dos médicos-chefes, dos auxiliares e dos assistentes dos hospitais psiquiátricos são aqueles estabelecidos, respectivamente, nos artigos 4, 5 e 7 do decreto do Presidente da Republica 27/03/1969, n. 128.

ARTIGO 10

Modificações no Código Penal

§1 Na rubrica do livro III, titulo 1, Capitulo 1, seção III, parágrafo 6 do Código Penal, são suprimidas as palavras: “de alienados de mente”.

§2 Na rubrica do artigo 716 do Código Penal são suprimidas as palavras “de enfermos de mente ou”.

§3 No mesmo artigo suprime-se: “a um estabelecimento de tratamento ou”

ARTIGO 11

Normas finais

§1 São revogados os artigos 1, 2 e 3-bis da lei de 14/02/1904, n. 36, concernente às “Disposições sobre manicômios e alienados” e sucessivas modificações, o artigo 420 do Código Civil; os artigos 714, 715 e 717 do Código Penal; o n. 1 do artigo 2 e o artigo 3 do texto único das leis referentes às normas para disciplinar o eleitorado ativo, a capacidade e a revisão das listas eleitorais, aprovado com decreto do Presidente da Republica, de 20/03/1967, n. 223, bem como qualquer outra disposição incompatível com a presente lei.

§2 As disposições contidas nos artigos de 1 a 9 desta lei permanecem vigentes até a data de entrada em vigor da lei institutiva do serviço sanitário nacional.

§3 Até que não sejam tomadas as medidas no sentido de modificar, coordenar e reunir em um texto único as disposições vigentes em matéria de profilaxia internacional e de doenças infectocontagiosas, aí compreendidas as vacinações obrigatórias, são resguardadas, no que concerne aos TSOs, as

atribuições das autoridades militares, dos médicos de portos, aeroportos e fronteiras e comandantes de navios e aeronaves.

§4 A presente lei entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no Diário Oficial da Republica.

§5 Esta lei, munida da chancela do estado, será inserida no Código Oficial das Leis e Decretos da Republica Italiana. E' dever de todos cumpri-la e faze-la cumprir como lei de Estado.

ANEXO 2: LEI FEDERAL Nº 9.716, DE 07 DE AGOSTO DE 1992, LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA DO RIO GRANDE DO SUL.

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

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Faço saber, em cumprimento ao disposto no artigo 82, item IV da Constituição do Estado, que a Assembléia Legislativa aprovou e eu sanciono e promulgo a Lei seguinte:

DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

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

Parágrafo único - A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internando formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

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

Art. 3º - Fica vedada a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a

contratação e financiamento, pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais.

§ 1º - É facultado aos hospitais psiquiátricos a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas na proporção mínima dos leitos psiquiátricos que forem sendo extintos, possibilitando a transformação destas estruturas em hospitais gerais.

§ 2º - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos, visando a aferir a adequação dos mesmos à reforma instituída, como requisito para a renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de rotina.

Art. 4º - Será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas loco-regionais, a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde, seguido de parecer final da Secretaria e Conselho Estadual de Saúde.

§ 1º - Estas unidades psiquiátricas deverão contar com áreas e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, com estrutura física e pessoal adequado ao tratamentos dos portadores de sofrimento psíquico, sendo que as instalações referidas no "caput" não poderão ultrapassar a 10% (dez por cento) da capacidade instalada, até o limite de 30 (trinta) leitos, por unidade operacional.

§ 2º - Para os fins desta Lei, entender-se-á como unidade psiquiátrica aquela instalada e integrada ao hospital geral que preste serviços no pleno acordo aos princípios desta Lei, sem que, de qualquer modo, reproduzam efeitos próprios do sistema hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental.

Art. 5º - Quando da construção de hospitais gerais no Estado, será requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes que padeçam de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.

Art. 6º - Às instituições privadas de saúde e assegurada a participação no sistema estabelecido nesta Lei, nos termos do artigo 199 da Constituição Federal.

Art. 7º - A reforma psiquiátrica, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá, necessariamente, na forma da lei federal, e respeitadas as definições constitucionais referentes às competências, os níveis estadual e municipal, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observado o caráter articulado e integrado do Sistema Único de Saúde:

§ 1º - Os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, constituirão Comissões de Reforma Psiquiátrica, com representação de trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil e da comunidade científica, que deverão propor, acompanhar e exigir das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, o estabelecido nesta Lei.

§ 2º - As Secretarias Estadual e Municipais de Saúde disporão de um ano, contados da publicação

desta Lei, para apresentarem, respectivamente, aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

Art. 8º - Os recursos assistencias previstos no artigo 2º desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de Governo, de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS -, sendo competência dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde a fiscalização do processo de substituição dos leitos psiquiátricos e o exame das condições estabelecidas pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico.

Parágrafo único - Os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta Lei.

Art. 9º - A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Parágrafo único - As prefeituras municipais providenciarão, em cooperação com o representante do Ministério Público local, a formação de Conselhos Comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal assistir, auxiliar e orientar às famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que foram internados.

DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS COMPULSÓRIAS

Art. 10 - A internação psiquiátrica compulsória é aquela realizada sem o expreso consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

§ 1º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público, e, quando houver, à autoridade de Defensoria Pública.

§ 2º - A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver, da Defensoria Pública, poderá constituir junta interdisciplinar composta por três membros, sendo um profissional médico e os demais profissionais em saúde mental com formação de nível superior, para fins da formação de seu juízo sobre a necessidade e legalidade da internação.

Art. 11 - O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta Lei.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12 - Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade

familiar e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado, para sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 13 - A Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente, para garantir a execução dos fins desta Lei, poderá cassar licenciamentos, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários a sua regulamentação.

Art. 14 - Compete aos Conselhos Municipais de saúde, observadas as necessidades regionais, e com a homologação do Conselho Estadual de Saúde, a definição do ritmo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Art. 15 - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, a Reforma Psiquiátrica será reavaliada quanto aos seus rumos e ritmo de implantação.

Art. 16 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO PIRATINI, em Porto Alegre, 07 de agosto de 1992.

ANEXO 3: LEI N. 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados 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.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- 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.

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

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

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

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

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

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

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

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.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.