

II ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão

SECRETARIA DO II ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

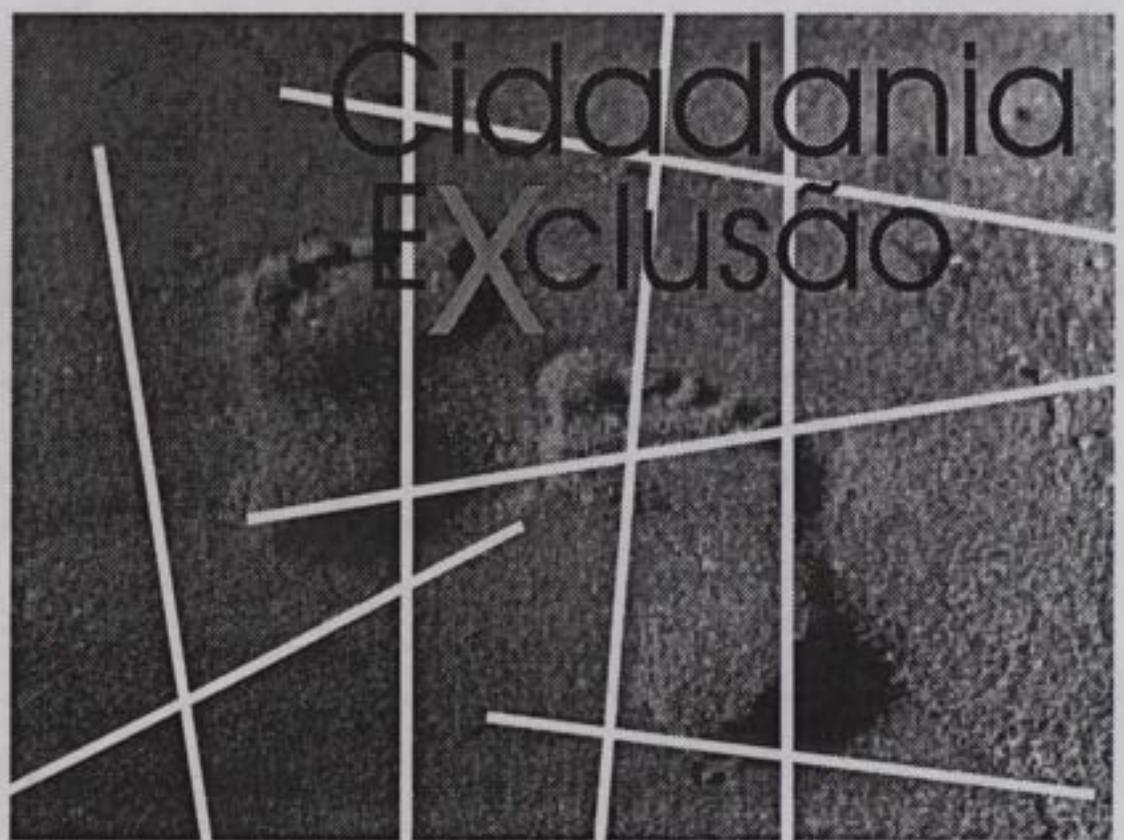
Os participantes deste Encontro encontrarão na secretaria, para xerox, os seguintes textos e documentos que podem fazer subsídios às discussões:

- 1 - Apresentação e Histórico da ASSUSAM (Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de MG).
- 2 - Movimento Antimanicomial em Minas Gerais: Um Esboço de Historização (Texto Fórum Mineiro de Saúde Mental).
- 3 - Sujeito e Cidadania em Saúde Mental: Um percurso em Minas (Texto de Ana Marta Lobosque).
- 4 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).
- 5 - Lei nº 11.802 (Lei Carlão, MG).
- 6 - Todos os números editados do Circuladô (Boletim Informativo do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial).
- 7 - Relatórios das Reuniões Consultivas Nacionais para a organização do II Encontro.
- 8 - Entrevistas com Paulo Delgado e Marcus Vinícius de Oliveira, sobre a história do Movimento Antimanicomial.

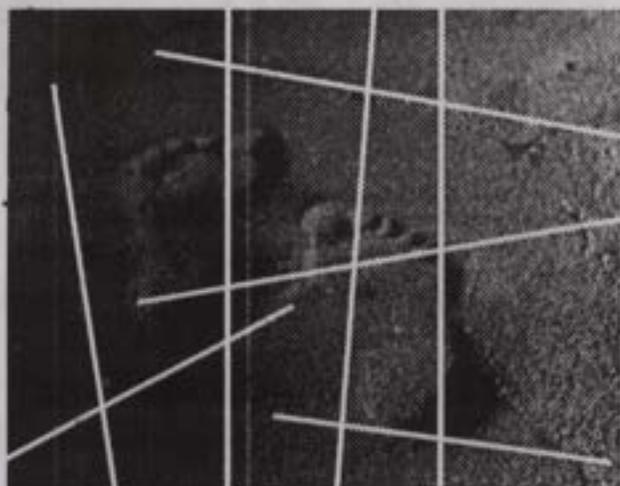
SECRETARIA DO II ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Rua Espírito Santo, 1059 - Lj 05 - BHZ - M G - Cep: 30160-031 - Telefax: (031)222-3319

**II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL**



TEXTOS



Aos Participantes

ASSOCIAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE M.G. (ASSUSAM)
FUNDADA EM 15.03.94 - Registro: 88419
Registro no Cartório Jero Oliva

Belo Horizonte, 01 de novembro de 1995.

Queridos Participantes,
Companheiros de Fazer Cidadania,

A ASSUSAM - Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais, ao iniciar mais um Encontro Nacional, no qual reuniremos trabalho, coragem e talento.

O II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, marco na história belorizontina, esperamos transformar-se num ponto de referência para o Movimento Nacional, no seu processo de desenvolvimento, o conagraçamento de todos vocês, que sabemos que sem medir esforços, juntaram-se desta à 1ª diretoria desta Associação dos Usuários, seus Núcleos, Associações e Fóruns de Saúde Mental do país, para a conscientização desta apoteose ideológica nesta Capital Mineira.

Esta, vem agradecer-lhes a participação ativa, tanto nos grupos de discussão quanto na programação geral, fazendo com que cresça a consciência de uma vida melhor para todos.

Com cumprimentos Antimanicomiais e com desejo de termos um ótimo Encontro.

Atenciosamente,

GERALDO FRANCISCO DA SILVA - Presidente

ROGÉRIO SOARES DE SENA - Secretário



Tema 1

A EXCLUSÃO NA CULTURA

Se o isolamento nos manicômios foi e ainda é um dos principais instrumentos de exclusão dos loucos pela sociedade, devemos lembrar-nos de que esta exclusão também se faz através dos métodos mais insidiosos e sutis.

Nossa cultura suporta mal minorias, as diferenças, a heterogenidade. É uma mistura de massas, gobalizante, que estimula as desigualdades sociais e econômicas, ao mesmo tempo que procura apagar as diferenças individuais.

Assim, desde o início a criança que "não aprende na escola" é sutilmente excluída, quando é encaminhada a um atendimento psicoterápico sem demanda própria, apenas porque não é igual as outras _ ou seja, em nome de um imperativo social de normatização. Por outro lado, exige-se de crianças com grave sofrimento psíquico que se adaptem às expectativas da educação formal e curricular.

Promove-se uma exclusão do louco, impedindo a sua circulação nos diferentes espaços sociais: na educação, no trabalho, no lazer nas atividades culturais propriamente ditas. A família não encontra na cultura os recursos necessários para suportarem de si de seu seio um elemento "diferente". Assim, por sua vez, ela mesma exclui aquilo que também lhe pertence.

A própria reflexão sobre o fenômeno da loucura encontra empecilhos para difundir-se na sociedade: por um lado, as pessoas em

geral são convencidas a não se preocuparem nem interferir em um assunto reservado aos técnicos, aos agentes psi em geral; por outro lado, estes técnicos recebem uma formação teórica rasa e pobre, onde a loucura é reduzida a uma alteração cerebral. O louco é considerado como um ser sem capacidade pensante. Ignoram-se as possibilidades e os impasses de um pensamento da loucura.

Cabe ao Movimento Antimanicomial procurar reverter esta inércia da cultura, que insiste em manter o louco fora de si, excluído da convivência e da circulação social.

Urge convidar as universidades, as diversas instâncias de formação, a uma reflexão a um ensino quanto à loucura, que possibilite aos técnicos uma experiência assistencial aberta sem autoritarismo, ou coerção, nos moldes exigidos pelos nossos serviços.

Urge debater nas escolas, nos ambientes de trabalho, na comunidade, a criação de possibilidade e alternativas para o convívio com os portadores de sofrimento mental.

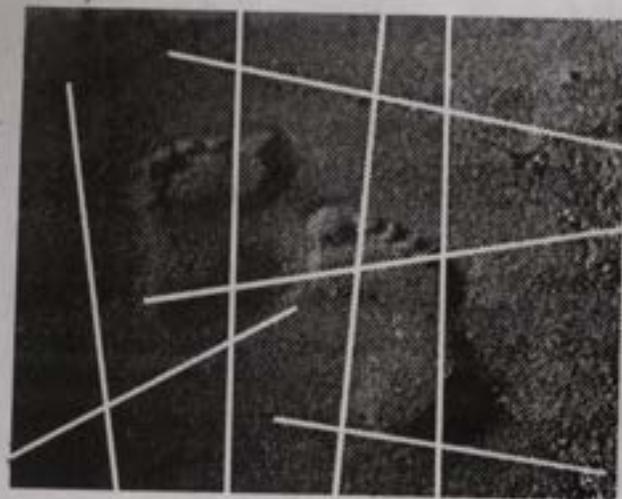
Urge sobretudo sensibilizar a nossa cultura para organizar-se de acordo com novos limites, incluindo a presença da loucura, e oferecendo-lhe tratamento adequado.

Urge demonstrar que o trato com os chamados loucos, não é atributo exclusivo dos técnicos ou dos serviços especializados, e sim uma questão que se coloca para a sociedade como um todo.

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão



Tema 2

A EXCLUSÃO NO TRABALHO

Vivemos numa sociedade onde as possibilidades do homem relacionar-se com seu trabalho de uma forma criativa e fértil são limitadas em seu mais alto grau. A produção é confundida com a produtividade; o trabalho modifica. Cada vez mais, a natureza, mas é impedido de modificar as regras sociais e econômicas que o determinam. São ignoradas as diferenças das aptidões dos ritmos, dos interesses de cada um, em prol de um modelo sócio-econômico que traz privilégios a uma pequena minoria.

Sabemos o quanto é difícil para o portador de sofrimento mental encontrar um lugar no mundo do trabalho. As aposentadorias precoces acarretando a invalidação do paciente e sua submissão à tutela familiar. Aqueles que apesar de tudo conseguem manter-se em um emprego ou seguir uma carreira estão sempre sujeitos a discriminações no ambiente de trabalho. Na ocorrência das crises, são frequentes as demissões, ou pelo menos a restrição das chances de crescimento profissional. Urge revermos os aspectos da legislação trabalhista, lutando por sua modificação sempre e quando discriminem o portador de sofrimento mental.

O acesso ao trabalho, pela autonomia econômica que oferece, e pelas ocasiões de criatividade que pode proporcionar, tem importância fundamental para assegurar aos chamados loucos um lugar na família, na cultura, no relacionamento amoroso e no convívio social.

Todavia, além das discriminações que o ambiente profissional impõe àqueles que se encontram em condições de executar suas atividades anteriores à crise, há também um grande número de portadores de sofrimento mental que só não têm condições de adequar-se às exigências e expectativas do chamado mercado formal de trabalho. Daí a necessidade da criação de estruturas, como as cooperativas, que favoreçam uma atividade laborativa compatíveis com as limitações, as possibilidades e os desejos de cada um.

Devemos ter claro que estas estruturas não podem basear-se no paternalismo e na tutela; não se trata de fazer um apelo à caridade e à filantropia. Trata-se de reconhecer que o portador de sofrimento mental tem um longo percurso a realizar, desde o trabalho inicial que ele realiza em seu próprio tratamento na ocasião da crise, para ser produzir e se recuperar, até encontrar-se em condições de trabalhar para sua própria subsistência econômica. Neste percurso, cabe ao Movimento Antimanicomial lutar pela implantação de estruturas que auxiliem o sujeito, suportando suas idas e vindas, e convidando-o a prosseguir.

Intervindo de forma afirmativa, o movimento não estará apenas assegurando meios de subsistência a pessoas carentes, estará também questionando as formas hegemônicas de organização social do trabalho. Neste sentido, nossa luta contra a exclusão no trabalho se reúne à luta mais ampla dos trabalhadores brasileiros.

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão



Tema 3

A EXCLUSÃO NA ASSISTÊNCIA

Na sociedade brasileira, a exclusão na assistência não atinge apenas os portadores de sofrimento mental: são excluídos de uma assistência à saúde digna e adequada as classes sociais desfavorecidas em geral, assim como amplas camadas da população não têm acesso ao trabalho, ao lazer, à educação, à cultura, etc.

Neste sentido amplo, o movimento antimanicomial denuncia e combate, ao lado de outros movimentos sociais, a exclusão da cidadania que atinge milhões de brasileiros, sejam eles loucos ou não; esta situação persistirá enquanto não for implantado de fato um Sistema Único de Saúde.

Entretanto, o movimento necessita aprofundar-se na discussão da exclusão peculiar da qual a loucura é objeto. Para isto, não devemos pensar a loucura como "causada" por fatores sociais e econômicos. Propomos pensá-la como uma situação subjetiva, com a qual a organização social e econômica vigente só consegue lidar através de mecanismos de exclusão.

No âmbito da assistência ao chamado louco, urge denunciar um destes mecanismos, que é a exclusão da subjetividade. O louco é considerado, em princípio, como incapaz de engajar-se em um tratamento através de sua própria demanda, assim, a assistência sempre se organizou para atender as demandas de normalização dos meios familiar, social e profissional do sujeito.

Todo o modelo manicomial se organiza em torno do pressuposto de que não há subjetividade quando há loucura. Assim, este modelo oferece um tipo de assistência onde se faz desnecessário o consentimento do sujeito: as internações involuntárias, as hospitalizações prolongadas, a medicação abusiva, os métodos violentos de contenção, etc, partem do princípio de que a

palavra, a história a particularidade do sujeito louco não contam para nada. O discurso psiquiátrico tradicional oferece à cultura argumentos "técnicos" para mostra esta posição excludente diante da loucura.

Assim, a nossa sociedade, apesar de alguns avanços obtidos pela Reforma Psiquiátrica, a internação hospitalar continua sendo o principal instrumento para a abordagem da crise; o atendimento ambulatorial costuma ser apenas o apêndice de um modelo fundamentalmente hospitalocêntrico. A assistência hegemônica, mesmo quando "humanizada", mantém o louco sob tutela.

A experiência dos novos serviços antimanicomiais demonstram claramente a viabilidade de uma assistência fundamentada na busca do consentimento e da participação dos pacientes.

Mais ainda, importa defender com firmeza a presença dos usuários na gestão e no controle dos serviços. A criação de serviços como os NAPS, hospitais dia, Centros de Referência, Centros de Convivência, Pensões Protegidas, etc, deve ser uma exigência prioritária do movimento às instâncias governamentais. Daí a necessidade de termos clareza da inspiração assistencial que orienta estes serviços, diferenciando-os da assistência manicomial. Eles se organizam em torno de múltiplas referências teóricas assegurando a pluralidade necessária para a vitalidade do movimento anti-manicomial; mas devem ainda avançar na discussão destas referências, formulando com clareza os termos que dão consistência à sua prática.

Finalmente, a efetivação ágil e democrática do Sistema Único de Saúde será decisiva para uma verdadeira transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental no Brasil.

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão



Tema 4

A EXCLUSÃO DO DIREITO

Conhecemos as formas diversas de desrespeito aos direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental: a internação involuntária sem qualquer regulamentação, a suspensão do direito de ir e vir, o uso de métodos de contenção violentos, as diferentes formas de discriminação, etc.

Neste sentido, o movimento obteve um significativo avanço, quando aprovar, em vários Estados, novas legislações que buscam assegurar ao portador de sofrimento mental o exercício de seus direitos de cidadania.

É indispensável, naturalmente, continuarmos nossa luta para a aprovação de novas leis estaduais, assim como da Lei Paulo Delgado. Todavia a simples aprovação não garante seu cumprimento, assim, por exemplo, há pontos problemáticos na aplicação de certos artigos relativos à interface Saúde Mental/Justiça, onde não se define com clareza o papel do Ministério ou Defensoria Pública no controle das internações involuntárias.

Todavia, as questões da exclusão no direito não dizem respeito apenas a certos benefícios ou vantagens acessíveis a todos, dos quais os ditos loucos seriam privados. Assim, no âmbito do Direito Penal, a legislação que aparentemente protege os loucos ao garantir-lhes a inimputabilidade, por outro

lado promove um outro tipo de exclusão: a exclusão da responsabilidade. Será o sujeito louco, incapaz de ser julgado e de responder por seus próprios atos? É paradoxal a situação do louco infrator: considerado inimputável, esse não é julgado nem condenado a uma penalidade por tempo determinado, entretanto, lhe é imposto o cumprimento de uma medida de segurança que na maioria das vezes consiste na reclusão em manicômios judiciários, que pode durar uma vida inteira. Esta é uma discussão que o movimento antimanicomial ainda não empreendeu com profundidade.

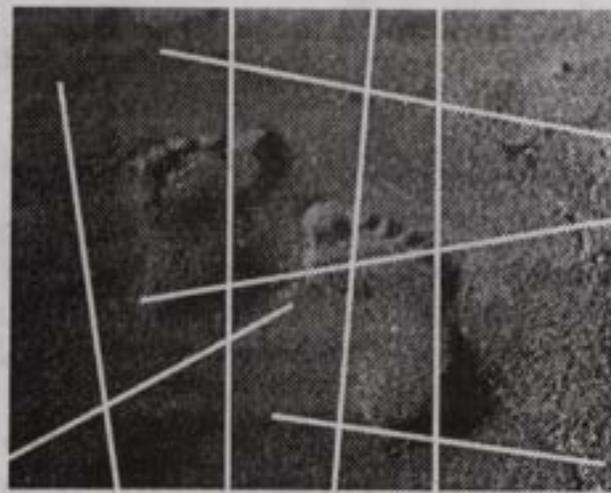
No Direito Civil, a exclusão se repete: as curatelas e interdições, que impedem o portador de sofrimento mental de dispor de seus bens e de sua pessoa, são autorizadas pela Justiça de forma sumária e indisciplinada, sem que se examine detidamente os interesses em jogo na demanda da família, nem a presença ou ausência de condições psíquicas do interditado para se auto-gerir.

Assim, o campo da exclusão no direito, tão vasto e tão fértil em questões relevantes para a ética e a ideologia do movimento antimanicomial, merece certamente da nossa parte, agora, uma reflexão mais cuidadosa do que tem recebido até então.

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão



Leis e Decretos

CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO

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

- I Os menores de dezesseis anos.
- II Os loucos de todo gênero.
- III Os surdos-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade.

Art. 6º. São incapazes relativamente a certos atos(artigo 147, número I), ou à maneira de os exercer:

- I Os maiores de dezesseis anos e menores de vinte e um anos(artigos 154 a 156).
- II Os pródigos.
- III Os silvícolas.

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

Art. 7º. Supre-a a incapacidade, absoluta ou relativa, pelo modo instituído neste Código, parte especial.

Art. 8º. Na proteção que o Código Civil confere aos incapazes não se compreende o benefício de restituição.

Art. 9º. Aos vinte e um anos completos acaba a menoridade, ficando habilitado o indivíduo para todos os atos da vida civil.

DA CURATELA

Art. 446. Estão sujeitos à curatela:

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

Art. 447. A interdição deve ser promovida:

- I Pelo pai mãe ou tutor.
- II Pelo cônjuge ou algum parente próximo.

III Pelo Ministério Público.

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

- I No caso de loucura furiosa
- II Se não existir, ou não promover a interdição alguma das pessoas de signadas no artigo antecedente, número I e II.
- III Se, existindo, forem menores, ou incapazes.

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

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

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

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

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

Art. 454. O cônjuge, não separado judicialmente, é, de direito, curador do outro,

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão

quando interdito (Art. 455.).

Parágrafo 1º Na falta do cônjuge, é curador legítimo o pai, na falta deste, a mãe; e na desta, o descendente maior.

Parágrafo 2º Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos, e, dentre os do mesmo grau, os varões às mulheres.

Parágrafo 3º Nas falta das pessoas mencionadas, compete ao juiz a escolha do curador.

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

Parágrafo 1º Se o curador for o marido, observar-se-á o disposto nos artigos 233 e 239.

Parágrafo 2º Se for a mulher a curadora, observar-se-á o disposto no artigo 251, parágrafo único.

Parágrafo 3º Se for o pai, ou mãe, não terá aplicação o disposto no artigo 435.

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

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

Art. 458. A autoridade do curador estende-se à pessoa e bens dos filhos do

curatelado, nascidos ou nascituros (artigo 462, parágrafo único).

DOS PRÓDIGOS

Art. 459. A interdição do pródigo só o privará de, sem curador, emprestar, transigir, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado e praticar, em geral, atos que não sejam de mera administração.

Art. 460. O pródigo só incorrerá em interdição, havendo cônjuge, ou tendo ascendentes ou descendentes legítimos, que a promovam.

Art. 461. Levantar-se á a interdição, cessando a incapacidade, que a determinou, ou não existindo mais os parentes designados no artigo anterior.

Parágrafo único. Só o mesmo pródigo e as pessoas designadas no artigo 460 poderão arguir a nulidade dos atos do interdito durante a interdição.

Art. 462.

Parágrafo único. Se a mulher estiver interdita, seu curador será o do nascituro (artigo 458).

DA CURATELA DE AUSENTES

Art. 463. Desaparecendo uma pessoa do seu domicílio, sem que dela haja notícia, se não houver deixado representante, ou procurador, a quem toque administrar-lhe os bens, o juiz, a requerimento de qualquer interessado, ou do Ministério Público, nomear-lhe-á curador.

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

**(Modificado pela lei
7.209, de 11 de julho
de 1984)**

DA IMPUTABILIDADE PENAL

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

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por

desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Art. 27. Os menores de dezoito anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial.

Art. 28. Não excluem a imputabilidade penal:

I - a emoção ou a paixão;

II - a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos.

Parágrafo 1º É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força-maior, era, ao tempo

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão

da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo 2º A pena pode ser reduzida de uma a dois terços, se o agente, por embriaguez, proveniente de caso fortuito ou força-maior não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

DO LIVRAMENTO CONDICIONAL

Art. 83. O juiz poderá conceder livramento condicional ao condenado a pena privativa de liberdade igual ou superior a dois anos, desde que:

Parágrafo único. Para o condenado por crime doloso, cometido por violência ou grave ameaça à pessoa, a concessão do livramento ficará também subordinada à constatação de condições pessoais que façam presumir que o liberado não voltará a delinquir.

DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

Art. 96. As medidas de segurança são:

- internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; sujeição a tratamento ambulatorial.

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

Art. 97. Se o agente for inimputável, o juiz

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

Parágrafo 1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos.

Parágrafo 2º A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano a ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

Parágrafo 3º A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

Parágrafo 4º Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Art. 98. Na hipótese do parágrafo único do artigo 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de um a três anos, nos termos do artigo anterior e respectivos.

Par.1º e 4º

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

DECRETO Nº 14.831

DE 15 DE MAIO DE 1921

APROVA O REGULAMENTO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

O Presidente dos Estados Unidos do Brasil, considerando que para o manicômio judiciário de que trata a lei nº 2.442, art. 2º, nº 2, de 5 de janeiro do corrente ano, anexo à Assistência a Alienados não existem, no regulamento aprovado pelo decreto nº 8.634 de julho de 1911, disposições pelas quais se possa reger

desde já, resolve, de conformidade com disposto no nº 1 do art. 48 da constituição federal, aprovar o regulamento que com este baixa, assinado pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores.

Rio de Janeiro, 25 de maio de 1921, 100º da Independência e 33º da República

EPITÁCIO PESSOA

Alfredo Pinto Vieira de Mello

Art. 1º. O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a Alienados no

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



**Cidadania
EXclusão**

Distrito Federal, destina a internação:

I Dos condenados que achando-se recolhidos às prisões federais, apresentam sintomas de loucura.

II Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos a observação especial ou tratamento.

III Dos delinqüentes isentos de responsabilidade por motivo de afecção mental (código penal, art.29) quando a critério do juiz assim o exija a segurança pública.

Parágrafo único. No primeiro caso, a internação se fará por ordem do Ministério da Justiça, que comunicará ao juiz e ao representante do Ministério Público, para que façam constar o respectivo processo; nos outros, por mandato judiciário.

Art. 2º. Cada um dos internados terá uma ficha e um prontuário psiquiátrico.

Art. 3º. Se mediante apresentação do médico encarregado do serviço, e depois de ouvir dois alienistas de sua escolha, que com esta liberação em conferência, entender o diretor geral da Assistência a Alienados que o internado pode ser inconveniente, ser transferido para outro estabelecimento de assistência, por ter cessado a fase de agressão impulsiva e se haver declarado definitivamente o estado demencial dos que apresentam probabilidade mínima de reações

perigosas, assim comunicará a equipe que mandou interná-lo para que esta autorize a transferência.

Art. 4º. Cessando o delírio que deu motivo a internação, o encarregado do serviço, por intermédio do Diretor Geral de Assistência a Alienados, participará à autoridade que a ordenou, para que disponha sobre o destino do paciente.

Art. 5º. Enquanto não forem construídos novos pavilhões, o serviço econômico do Manicômio Judiciário será provido pela casa de correção.

Art. 6º. Ao médico encarregado do serviço de alienados delinqüentes, cargo criado pelo art. 11 da lei nº 3674, de 7 de janeiro de 1919, cabe dirigir o Manicômio Judiciário.

Art. 7º. O pessoal de enfermarias e guardas do Manicômio Judiciário será nomeado pelo Dir. Geral de Assistência a Alienados, por proposta do médico encarregado do mesmo manicômio.

Art. 8º. Os casos omissos no presente regulamento reger-se-ão pelo Regulamento Interno do Hospital Nacional, ou serão resolvidos pelo Ministro da justiça e Negócios Interiores.

Rio de Janeiro, 25 de maio de 1921.

ALFREDO PINTO VIEIRA DE MELLO

DECRETO Nº 24.559

DE 3 DE JULHO DE 1934

DISPÕE SOBRE A ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO À PESSOA E AOS BENS DOS PSICOPATAS.

Art. 1º. A assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;

b) dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;

c) concorrer para a realização da higiene em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

Art. 2º. Fica instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos juizes de menores, o Chefe de Polícia do Distrito Federal, o diretor-geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o psiquiatra diretor do Serviço de Profilaxia Mental, os Professores catedráticos das

Clinicas Psiquiátricas, Neurológica, de Medicina Pública e Higiene da Ordem dos Advogados, por este escolhido, um representante da Assistência Judiciária por ela indicado, e cinco representantes de instituições privadas de assistência social, dos quais um será o Presidente da Liga brasileira de higiene Mental e os demais designados pelo Ministério da educação e Saúde Pública.

Parágrafo 1º. O Presidente nato do Conselho é o Ministério da Educação e Saúde Pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas.

Parágrafo 2º. Ao Conselho incumbirá:

I. Estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Governo as medidas que de vem ser tomadas para beneficio destes, coordenando iniciativas e esforços nesse sentido

II. Auxiliar órgãos de propoganda de higiene mental e cooperar com organizações públicas ou particulares de fins humanitários, especialmente as instituições de luta contra os grandes males sociais.

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão

Art. 3º. A proteção legal e a prevenção a que se refere o art. 1º deste Decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina legal.

Parágrafo 1º. Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hetero familiar do Estado ou em domicílio, da própria família ou de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.

Parágrafo 2º. Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimento desse gênero.

Parágrafo 3º. Não é permitido manter doente com distúrbios mentais em hospitais de clínica geral, a não ser nas seções especiais de que trata o parágrafo único do art. 4º.

Parágrafo 4º. Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém o disposto no art. 10.

Parágrafo 5º. Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

Art. 4º. São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste Decreto, os que se destinarem à hospitalização de doentes mentais e as seções operacionais com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas de educação e outros estabelecimentos de assistência social.

Parágrafo único. Estes estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, deverão:

a) ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, dispor de pessoal idôneo, moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente.

b) estarem convenientemente instalados em edifícios adequados, com dependências que permitam aos doentes completa separação de sexos, conveniente distribuição de acordo também com as suas reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre.

c) dispor dos recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos.

Art. 5º. É considerado habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas, ou quem tiver, pelo menos, durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, autorizado.

Art. 6º. Quem pretender fundar estabelecimento psiquiátrico, deverá requerer ao Ministério da Educação e Saúde Pública, a

necessária autorização, anexando à petição os seguintes documentos:

a) as provas de que o estabelecimento preenche as condições exigidas no parágrafo único do art. 4º;

b) declaração do número de doentes que deverá comportar;

c) declaração de que o mesmo observará o regime aberto, ou misto, e receberá somente psicopatas ou também outros doentes, precisando, neste caso, a inteira separação dos locais reservados a uns e outros.

Parágrafo 1º. Deferido o requerimento, se tiver merecido parecer favorável da Comissão Inspectora, recolher, o requerente, aos cofres públicos a taxa anual de fiscalização estipulada pelo Governo, de acordo com a alínea b deste artigo.

Parágrafo 2º. Quando a direção de um estabelecimento psiquiátrico pretender aumentar a lotação dos doentes, submeterá ao Ministro, devidamente informado pela Comissão Inspectora, e a respectiva Repartição de Engenharia, a documentação comprobatória de que as novas construções permitirão o acréscimo requerido.

Parágrafo 3º. Todos os documentos e planos relativos à fundação e ampliação de qualquer estabelecimento psiquiátrico particular, deverão ser sempre conservados por forma a permitir à Comissão Inspectora o respectivo exame, quando entender conveniente.

Art. 7º. Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quanto ao regime, em abertos, fechados e mistos.

Parágrafo 1º. O estabelecimento aberto ou a parte aberta do estabelecimento misto, destinar-se-á a receber:

a) os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais referidos no par. 5º do artigo 3º que necessitem de hospitalização;

b) os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais, que, para tratamento, por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrem, necessitem de internação e não a recusarem de modo formal;

c) os indivíduos suspeitos de doença mental que ameaçarem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização;

d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.

Parágrafo 2º. O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento misto, acolherá:

a) os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos ou os que, por suas ações perigosas, não devem permanecer em serviços abertos;

b) os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão

enviados por autoridade policial ou militar com a nota delídelo ou à disposição de autoridade sanitária.

Parágrafo 3º. Nos casos de simples suspeita de afecção mental serão devidamente internados em seções próprias, antes da internação definitiva.

Art. 8º. A fim de readaptar à vida social os psicopatas crônicos, tranqüilos e capazes de viver no regime da família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência hetero familiar.

Art. 9º. Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10. O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

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

a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até 4º grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor do hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as raízes determinantes de sua solicitação.

Parágrafo 1º. Para a internação voluntária, que somente poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento misto, o paciente apresentará por escrito o pedido ou declaração de sua aquiescência.

Parágrafo 2º. Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova da maioridade do requerente e de ter se avisado com internado há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

Parágrafo 3º. A internação do Manicômio Judiciário far-se-á por ordem do juiz.

Parágrafo 4º. Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica, serão sujeitos a exame na Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então a respectiva guia.

Art. 12. Serão documentos exigidos para toda a internação, salvo nos casos previstos neste Decreto: atestado médico, que será dispensado somente quando se tratar de ordem judicial, ou certificado de idoneidade do internado.

Parágrafo 1º. O atestado médico poderá ser substituído por guia do médico da Seção de Admissão de Serviço de Profilaxia Mental ou do médico do respectivo hospital.

Parágrafo 2º. Não poderá lavrar o atestado ou guia de que trata este artigo o médico que:

a) não tiver diploma registrado na Diretoria

Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social;

b) requerer a internação;

c) por patente consanguíneo ou afim em linha reta ou por colateral até 2º grau, inclusive, do internado;

d) for social comercial ou industrial do internato.

Parágrafo 3º. Estes atestados ou guias só terão valor se apresentados dentro de 15 dias, a contar da data em que tiverem sido firmados, e não poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente.

Parágrafo 4º. Estes documentos deverão declarar quais as perturbações psíquicas ou manifestações suspeitas do paciente, que justifiquem a necessidade ou conveniência de sua internação.

Parágrafo 5º. O certificado de identidade deverá conter, nome, filiação, nacionalidade, idade, cor profissão estado civil, residência e outros esclarecimentos que também possam servir para a respectiva comprovação.

Art. 13. A admissão de enfermo proveniente de outro estabelecimento psiquiátrico só poderá efetuar-se se o requerente apresentar:

I. cópia legalizada dos documentos da primeira administração;

II. atestado do estabelecimento donde provier o doente, afirmando que o mesmo continua a ter necessidade de tratamento em estabelecimento psiquiátrico e declarando qual o seu regime de hospitalização.

Parágrafo único. Na falta desta documentação comprobatória deverão ser observadas as exigências estabelecidas para a primeira internação.

Art. 14. Nos casos urgentes, em que se tomar necessário em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderá ele ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestado médico, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata.

Parágrafo único. O certificado de identidade e o requerimento do doente deverão, porém, ser apresentados no prazo de 48 horas.

Art. 15. Todo estabelecimento deverá inscrever em livro rubricado pela Comissão Inspetora o nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, cor, profissão, estado civil e residência do indivíduo admitido, data de sua entrada, todos os documentos relativos à internação, e nome e residência das pessoas por ele responsáveis.

Art. 16. Uma vez hospitalizado, deverá ser imediatamente examinado pelo médico de plantão que redigirá uma nota clínica, tão minuciosa quanto possível, visando o estado somático e mental do internato e fazendo, especialmente, ressaltar a natureza da suas reações perigosas evidentes ou previsíveis.

Art. 17. A observação de cada hospitalizado deverá ser mantida sempre em dia, com o histórico

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão

de sua afecção e a exposição do tratamento seguido.

Art. 18. No caso de sua transferência da parte aberta para a parte fechada do mesmo estabelecimento, será exigida guia do médico de serviço, que contenha as informações fornecidas pelo doente e pela família, os dados resultantes do exame psíquico somático, bem como os motivos que justifiquem essa mudança de regime.

Art. 19. Ao psicopata, toxicômano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será, imediatamente, concedido alta, quando a pedir, salvo o caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública.

Parágrafo único. Negado a alta, o diretor do estabelecimento enviará um relatório à Comissão Inspectora, expondo as razões da recusa.

Art. 20. Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou misto, qualquer paciente, depois de concedida a alta pelo médico assistente, com exceção dos internados judiciais, dos que forem enviados com nota de delíto pelas autoridades policiais ou militares, e dos que forem internados pelas corporações militares. A alta será imediatamente comunicada, para os devidos fins, às respectivas autoridades, que deverão providenciar, sem demora, sobre a retirada do paciente.

Art. 21. Salvo o caso de iminente perigo para a ordem pública, para próprio paciente ou para outrem, não será recusada a retirada do internado em qualquer estabelecimento quando requerida:

- a) pela pessoa que pediu a internação;
- b) por cônjuge, pai ou filho do outro parente de maioridade até o 4º grau, na falta daqueles;
- c) por curador ou tutor.

Parágrafo 1º. O requerente deverá responsabilizar-se pelo tratamento e cuidados exigidos pelo estado mental do paciente.

Parágrafo 2º. Quando as pessoas acima referidas divergirem relativamente à retirada, será esse fato comunicado à Comissão Inspectora para decidir.

Parágrafo 3º. Quando for recusada a retirada, o diretor do estabelecimento comunicará, imediatamente à Comissão Inspectora os motivos da recusa.

Parágrafo 4º. Quando o juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si próprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação.

Art. 22. O Diretor do estabelecimento, quando a alta não se justificar, poderá, após informe do médico assistente sobre o estado do psicopata, conceder-lhe licença pelo prazo máximo de seis meses, se for requerida.

Parágrafo 1º. O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis

meses, justificada a concessão por qualquer motivo dos seguintes:

I. promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar;

II. promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudanças de clima, regime ou hábito;

III. averiguar o estado de cura definitiva, colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais.

IV. precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtrai-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

Parágrafo 2º. Quer a licença requerida, quer a de experiência, dispensarão a formalidades de reentrada, salvo se esta não se realizar findo o respectivo prazo.

Parágrafo 3º. Quando não houver inconveniente, o médico assistente poderá prorrogar a licença e neste caso subsistirá válida por igual tempo a primeira matrícula.

Art. 23. Qualquer psicopata evadido de estabelecimento público ou particular, poderá ser readmitido, independentemente de formalidades, antes de decorridos mais de trinta dias de sua fuga, persistindo os motivos de anterior admissão.

Art. 24. O Diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou misto, enviará mensalmente à Comissão Inspectora um boletim do movimento de entradas e saídas do mês anterior, devendo também comunicá-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas no mesmo estabelecimento.

Art. 25. O serviço de Profilaxia Mental destina-se a concorrer com a realização da profilaxia das doenças das doenças no Brasil, e organizando como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva.

Parágrafo 1º. Para a segurança dessas finalidades, o Governo providenciará no sentido de serem submetidos a exame de sanidade os estrangeiros que se destinarem a qualquer parte do território nacional, e os que requerem naturalização, sendo que, neste caso, o exame deverá precisar, especialmente o estado neuromental do requerente.

Parágrafo 2º. Os portadores de qualquer doença mental, ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados mediante acordo com os Governos dos respectivos países de origem.

DA PROTEÇÃO À PESSOA E BENS DOS PSICOPATAS

Art. 26. Os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer

**II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL**



**Cidadania
Exclusão**

pessoalmente os atos da vida civil.

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

Art. 27. A proteção do doente mental é assegurada pelos cuidados de pessoa da família do responsável legal ou de médico diretor do estabelecimento em que estiver internado.

Parágrafo 1º. Psicopata recolhido a qualquer estabelecimento, até 90 dias de internação, nenhum ato, administração ou disposição de bens poderá praticar se não por intermédio das pessoas referidas no art. 454 do Código Civil, com prévia autorização judicial, quando for necessária.

Parágrafo 2º. Findo o referido prazo, se persistir a doença mental e o psicopata tiver bens, rendas ou pensões de qualquer natureza, ser-lhe-á nomeado, pelo tempo não excedente a dois anos, um administrador provisório, salvo se ficar provada a conveniência da interdição imediata com a consequente curatela.

Parágrafo 3º. Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretada pela autoridade judiciária competente e respectiva interdição promovida obrigatoriamente pelo Ministério Público, se dentro de 15 dias não o for pelas pessoas indicadas no art. 447, nº I e II do Código Civil.

Parágrafo 4º. As medidas previstas neste artigo, salvo a de interdição, serão promovidas em segredo de justiça.

Art. 28. Ao administrar provisório, bem como ao curador, poderá o juiz abonar uma remuneração razoável, tendo sempre em vista a natureza, a extensão dos encargos e as possibilidades econômicas do psicopata.

Parágrafo 1º. O administrador provisório e o curador são obrigados a prestar contas trimestralmente, sob pena de destituição, ex officio, à autoridade judiciária competente, contas que deverão ser devidamente documentadas e acompanhadas de exposição, detalhada sobre o desempenho das funções, o estado e a situação dos bens do psicopata, salvo o caso do art. 455 do Código Civil.

Parágrafo 3º. No despacho que nomear o administrador provisório ou na sentença que decretar a interdição, o juiz, terá em conta o estudo mental do psicopata, em face das conclusões da perícia médica, determinará os limites da ação do administrador provisório ou do curador, fixando assim a incapacidade absoluta ou relativa do doente mental.

Parágrafo 4º. Da decisão de decretar, ou não, a administração provisória ou a curatela, caberá recurso de agravo instrumento.

Art. 29. Os psicopatas egressos dos estabelecimentos psiquiátricos da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, bem como os atendidos nos seus dispensários psiquiátricos e que

não tiverem sido internados, serão amparados e orientados pela seção de Assistência Social de Serviço de Profilaxia Mental.

Art. 30. Será permitido a qualquer pessoa mantida em domicílio ou internada em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, reclamar a quem de direito, por si ou por outros, novo exame de sanidade mental, o qual, no último caso, não poderá ser feito por médicos do estabelecimento em que a pessoa se achar.

Art. 31. A correspondência dos internados dirigida a qualquer autoridade, não poderá ser violada pelo pessoal do estabelecimento, o qual será obrigado a fazê-la seguir o seu destino, sem procurar conhecer do conteúdo da mesma.

Art. 32. Para o fim de zelar pelo fiel cumprimento dos artigos do presente decreto que visam assegurar aos psicopatas o bem-estar, a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal, fica constituída no Distrito Federal, uma Comissão Inspectora, composta de um juiz de direito que será o seu presidente, de um dos curadores de órgãos e de um psiquiatra do quadro da Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, todos escolhidos pelo Governo, servindo em comissão.

Parágrafo 1º. Junto à Comissão Inspectora servirá como secretário um funcionário do Ministério de Educação e Saúde Pública, designado pelo Ministro.

Parágrafo 2º. Nos estados a Comissão é constituída do Procurador da República, do juiz federal e de um psiquiatra ou de um médico que se tenha revelado cultor desta especialidade nomeado pelo governo do estado.

Parágrafo 3º. Para os estabelecimentos particulares, as infrações dos preceitos deste decreto serão punidas com multa de Cr\$ 200,00 a Cr\$ 2.000,00, imposta pela Comissão Inspectora no Distrito Federal e pela dos estados, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Código Penal.

Parágrafo 4º. No caso de reincidência da direção de estabelecimento particular, poderá ser cassada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública a autorização para o seu funcionamento, mediante proposta da Comissão Inspectora.

Parágrafo 5º. Na falta de pagamento da multa que deverá ser recolhida ao Tesouro Nacional dentro do prazo de 5 dias, será ela cobrada executivamente, como renda da União.

Art. 33. Quando o paciente, internado em qualquer estabelecimento psiquiátrico, for possuidor de bens ou receber rendas ou pensões de qualquer natureza, não tendo tutor ou curador, a respectiva direção comunicará, sem demora, esse fato à Comissão Inspectora, para que esta providencie no sentido de acautelar aquele patrimônio, na conformidade das disposições do presente decreto.

Art. 34. Revogam-se as disposições em contrário.

GETÚLIO VARGAS

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão



Lei Paulo Delgado

PROJETO DE LEI DA CÂMARA Nº8, DE 1991 (Nº3.657/89, NA CASA DE ORIGEM)

"Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Artigo 1º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a concentração ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Parágrafo 1º - Nas regiões onde não houve estrutura ambulatorial adequada, a implantação do dispositivo no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

Parágrafo 2º - Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá de ser objeto de lei estadual.

Artigo 2º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

Parágrafo 1º - As administrações regionais disporão do tempo de 01 (um) ano, a contar

da data da aprovação desta lei, para apresentarem às comissões de saúde de poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos e atendimento.

Parágrafo 2º - É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

Parágrafo 3º - As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados, a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cabo de sua finalização.

Artigo 3º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

Parágrafo 1º - Define-se como intervenção psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

Parágrafo 2º - Compete ao Defensor

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL


Cidadania
EXclusão

Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

Parágrafo 3º - A Defensoria Pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Artigo 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 5º - Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934.

Justificação

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento dos pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos menos estigmatizantes, menos violentos mais terapêuticos. A experiência italiana por exemplo ter demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios. Passados apenas dez anos de existência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico e essencial a sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção.

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde nos anos 60 e 70 incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 mil leitos e imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, ética de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 60, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levam em conta os direitos e a liberdade

dos pacientes todos os planos e políticas antimanicomiais desde o paradigmático "Manual de Serviço", do antigo INPS, em 1973, de que foi co-autor o prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da luta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão "disciplinar" e "controlar" e irretroável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo, de fato, a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

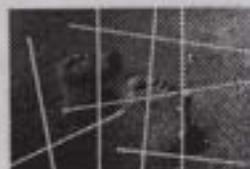
Propõe-se aqui o fim deste processo de expansão, que mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter e a construção gradual, racional, democrática, científica de novas alternativas assistenciais. O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso "colapso" do atendimento a loucura, e permite à autoridade pública dúvida e sociedade, construir nacional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção.

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente), a instância judiciária intervem sistematicamente, cerceando o poder de sequestro psiquiátrico. No Brasil, de cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas noturnas violentas, na calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas. Deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-sequestro, e o respeito aos direitos do cidadão internado.

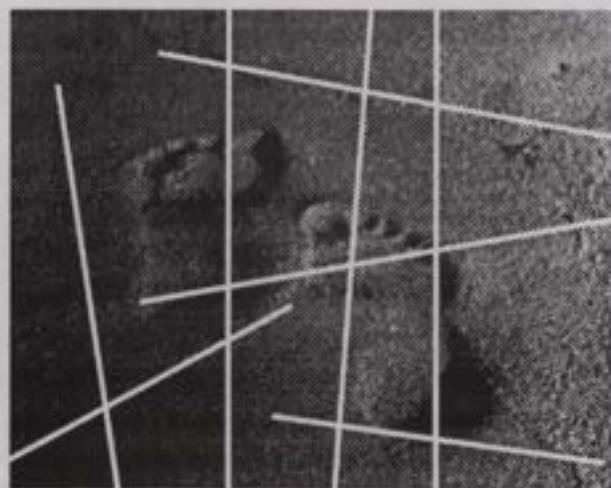
A Questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar _ da única forma possível _ o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger, em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.

SALA DAS SESSÕES, SETEMBRO DE 19?? -
DEPUTADO PAULO DELGADO.

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão



Organização Nacional do Movimento

TRECHO DO RELATÓRIO FINAL DO I ENCONTRO NACIONAL (SALVADOR - 1992)

"O Movimento Antimanicomial... Movimento Social".

A organização nacional do Movimento Antimanicomial será feita através de encontros sistemáticos a cada dois anos.

Neste intervalo haverá plenárias de seis em seis meses com a participação dos Núcleos que se credenciem como aderentes ao movimento.

A organização nacional do Movimento será na forma de rede, compondo-se de pessoas, grupos, experiências, movimentos e instituições, respeitando-se a autonomia de cada estado em sua forma própria de organização.

A organização nacional será coordenada por uma secretaria, que se localizará em um dos seus núcleos, de forma alternada, bianualmente, sendo responsável pela convocação do Encontro Nacional das plenárias semestrais e pela arrecadação financeira junto aos núcleos, que será de 50 (cinquenta) dólares semestrais, por núcleo. O caráter das plenárias será de atualização política e financeira do movimento. As "grandes decisões" serão encaminhadas para os encontros nacionais, que ocorrerão a cada dois anos.

A organização nacional não se constituirá como entidade civil, podendo ter

este caráter enquanto forma de organização estadual ou local.

Estas definições organizativas assumidas neste Encontro não significam o esgotamento desta discussão, evidenciando-se a existência de diferentes concepções organizativas no interior do movimento. Entre as preocupações explicitadas no debate dos grupos estiveram estas:

- afirmação da necessidade de uma coordenação;
- riscos da coordenação representar uma tendência hegemônica;
- necessidade de uma organização que viabilize o intercâmbio entre os Núcleos;
- possibilidade do movimento ser institucionalizado e tutelado;
- manutenção do seu funcionamento coerente com seu processo histórico, privilegiando uma estrutura horizontal;
- prematuridade de uma organização formal que organize o seu funcionamento através da criação de grupos de trabalhos temáticos.

Garantida a autonomia do movimento, poderemos buscar junto aos segmentos organizados e comprometidos com a defesa da cidadania, apoio inclusive financeiro, de reconhecimento e fortalecimento da luta antimanicomial.

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão

Organização do Movimento

História

A constatação da comissão de relatoria em relação ao tópico do movimento foi de que os depoimentos foram baseados na particularidade de cada estado com o apontamento dos acontecimentos relevantes na história de cada um. Avaliamos que não se trata de relatório a aprovado, mas da formulação de um documento histórico que permita retratar esta história de forma descritiva e avaliativa. Nesse sentido a proposta que fazemos é de que será feita elaboração do texto a partir dos fatos relatados e enviados para os Estados para que façam correções e acréscimos no sentido de obtermos um documento consistente.

A solicitação anterior, feita de que os Estados enviassem contribuições sobre o tópico história, foi atendido apenas por três Estados. A nossa proposta contempla essas contribuições, pretende somar a elas os relatórios desse encontro e ainda possíveis contribuições posteriores, no sentido de se obter documento que retrate com maior fidelidade a história em curso.

Identidade

Propostas

1. O movimento recebeu adjetivação variada, apontando que deve ser múltiplo, público, aberto, democrático, autônomo, de qualidade e popular. (grupos 3, 4, 5)
2. Apontou-se que deve se pautar pela definição do eixo da desinstitucionalização e não desospitalização. (grupo 4)
3. Deve ainda inserir-se no contexto social de forma ampla e integrada com outros movimentos (grupos 3, 4, 5, 7)
4. Propostas de nome e slogan:
 - Manutenção do slogan - "Por uma sociedade sem manicômios" (grupo 3)
 - "Por uma sociedade sem manicômios: acolhimento e cidadania já" (grupo 4)
 - "Movimento por uma sociedade sem manicômios. Cidadania já"
5. Foi apontado que o Movimento de Luta Antimanicomial deve se pautar pela defesa radical do SUS no seu aspecto de priorizar os investimentos do setor público.
6. Deve-se manter autônomo em relação aos setores políticos e governamentais.

Avaliação

Foram apresentados os seguintes pontos:

1. Autonomia

Discutiu-se sobre a necessidade de evitar uma "tutela" sobre o movimento de usuários, preservando sua autonomia em decisões e iniciativas.

Referendou-se a autonomia político-partidária do movimento, apesar do reconhecimento que é o PT o partido que mais tem avançado na implementação das propostas do movimento em suas administrações.

2. Relação com outros movimentos

Necessidade de inserção em outros movimentos:

- Discutiu-se ser necessário a discussão ampliar a discussão da exclusão em outros coletivos (Movimento Negro, Mulheres, Sem Terra, etc). Faz-se necessário o resgate da bandeira de desinstitucionalização levantada pelo movimento, não só para a loucura, mas para toda a sociedade.

3. Evolução

O movimento cresceu, ampliando-se da participação exclusiva de técnicos, para a participação de usuários. Saindo do espaço institucional para espaço mais amplo, buscando romper com o preconceito e a discriminação em relação ao doente mental.

Isto não é homogêneo em todo país, existindo diferenças locais, regionais, em termos desses avanços/retrocessos, avalia-se que houve mais.

Avaliou-se ainda que a grande diversidade na evolução do movimento a nível nacional reflete-se na dificuldade dos núcleos se constituírem independentemente dos serviços.

O avanço do movimento já resultou em portarias como a 224, houve melhoras na qualidade da assistência.

Houve avanços quanto a abertura de diálogo e posturas profissionais.

4. Formação

Necessidade de atuar a nível da formação dos futuros profissionais.

5. Conjuntura política

É necessário tomar cuidado com os Naps/Caps que sejam uma maquiagem de hospitais, apenas para obter financiamento.

6. Organização

O grupo avaliou como positiva a atuação

RELATÓRIO DOS GRUPOS

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão

da Secretaria Nacional na divulgação de informações do "Circuladô", apesar de não ter havido antecedência suficiente na divulgação e convocação de plenárias para os núcleos mais distantes, especialmente.

Avaliou-se que a experiência de uma "rede de organização mínima" contempla melhor as diferenças de organização do movimento em regiões diferentes do país.

7. Conduta

Há processos considerados como desintegração que usam recurso da medicação em excesso, representando uma transposição do hospital para o ambulatório em alguns serviços, torna-se necessário denunciar estas práticas.

O discurso antimanicomial está sendo apropriado por outros setores, com propostas opostas. ("Maquiagem das estruturas")

Organização

Grupo 3

- Secretarias Nacional, Regional, Estadual.
- Manter a organização em forma de rede (com núcleos e grupos).
- Discutir e aprofundar o seu caráter de ONG para saber se atende ou não a organização do movimento.

Grupo 1

- Organização de catálogo de acervo e trabalhos afins ao movimento (pela Secretaria Nacional), a partir de contribuições dos núcleos.
- Inclusão do catálogo da Fiocruz.
- Manter a contribuição semestral dos núcleos à Secretaria no mesmo valor.

Grupo 4

- Organização por rede constituída de secretarias nacional, estaduais, regionais e núcleos.
- Criar secretarias de divulgação, informação e formação e assessoria jurídica, não necessariamente sediadas na Secretaria Nacional podendo estar nos estados.
- Mapeamento dos serviços existentes no país ligados ao movimento.
- Estabelecer sistema de arrecadação a partir do mapeamento e da rede, utilizando mala direta.
- Manutenção da mala direta.
- Estabelecer canais de troca de informação:
 - a. Revista destinada à troca de informação do movimento e com outros movimentos sociais.
 - b. Boletim "Circuladô" (quinzenal e mensal)
 - c. Jornal
 - d. Centro de informação e divulgação.
- Formação de cooperativa.

Grupo 5

- Criação de núcleos locais e regionais e de secretarias estaduais.
- participação dos militantes do movimento nos fóruns de discussão permanente.
- Contribuições mensais mensais dos núcleos à Secretaria Estadual.
- Criação de fundos de colaboração para fins de divulgação.
- Criar mecanismos de autonomia financeira para garantia de autonomia político/ideológica.
- Assegurar a comunicação a todos os núcleos sobre as atividades do movimento para garantir a descentralização.

Grupo 6

- Manter proposta de organização por núcleos em forma de rede.
- Criação de banco de dados para subsidiar os núcleos.
- Criação de revista não necessariamente vinculada à Secretaria Nacional.
- Discussão da organização como ONG como forma de captação de recursos e autonomia financeira.
- Indicar a participação e intervenção nos núcleos nas instâncias do SUS.
- Articular discussões dos projetos de lei em tramitação.
- Articulação e participação do movimento em outros movimentos sociais.

Grupo 7

- Manutenção do estatuto organizativo (rede) agilizando sua organização através da descentralização de tarefas (ex: não concentrar eventos temáticos na Secretaria Nacional)
- A institucionalização do movimento tende à burocratização e movimento pode se constituir de várias entidades menores, até de caráter jurídico, porém a Secretaria Nacional deve estar acima disso.
- Descentralização do poder, tornando-o mais visível.
- Em estruturas como conselhos, participação enquanto usuários e trabalhadores.
- Movimento com característica de tirada de consenso. Votação apenas em casos estratégico, por consulta à base.
- O movimento deve definir critérios para parcerias e financiamentos.

Grupo 8

- Manter plenárias semestrais.
- Manter publicação do Circuladô
- Enviar lista de endereços dos participantes deste encontro
- Manter o nome "Antimanicomial" e o tema "Por uma sociedade sem Manicômios".

RELATÓRIO DOS GRUPOS

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXcluída

- Mudar o slogan de Brasil sem manicômios no ano 2000 para "Brasil sem manicômios, já"
- Manter o Encontro dos docentes da luta Antimanicomial.
- Intervenção nos órgãos de formação dos profissionais de Saúde Mental.
- Insistir na organização estadual sem subordinação
- Realizar discussões estaduais anteriores ao Encontro Nacional.
- Fortalecer estrutura regionalizada.
- Denúncia do interesse dos laboratórios em envolver os usuários no uso de medicamentos.
- Manter o 18 de maio como o dia nacional da luta
- Abaixo o 10 de outubro.
- Discutir a questão dos representantes no Encontro de reabilitação psico-social.
- Que o movimento se posicione frente à associação internacional de reabilitação psico-social.
- Sugestão de sede para a secretaria nacional: RGS

- Reafirmar e aperfeiçoar a estrutura de organização tirada em Salvador.

- Manter a contribuição semestral de 150,00 reais por núcleo.

Definir o direito a voto

nas plenárias.

- Manter um representante da secretaria executiva do estado que está encerrando o mandato: indicação Mirian Abou-Yd.

- Priorizar a rede pública sem excluir o privado que atua de acordo com o movimento.

- Tirar posição de apoio à lei Paulo Delgado.

- Promover debates no ano de 96 sobre os temas como: PAD, Direito, e encontro de docentes coordenados pelas secretarias locais

ESRATÉGIAS DE LUTAS

- Inserção nos movimentos populares através da Central dos movimentos populares.

- Divulgação do movimento através de material visual.

- Fazer alianças com conselhos de saúde e assistência social.

- Lutar pela eleição de parlamentares aliados.

- Trabalhar na implantação do SUS.

- O movimento deve incrementar capacitação em termos de formação, cursos e

publicações.

- Organizar seminários para aprofundar tema deste encontro.

- Incluir o termo cidadania no slogan como forma de transformar em mensagem positiva.

- Organizar discussões sobre o tema da Exclusão nos serviços.

Não atrelamento à questão assistencial, ampliando para cidadania.

- Discutir relações do movimento com partidos políticos e instituições.

- Buscar formas efetivas de participação social dos usuários na sociedade.

- Criar grupos de estudo e pesquisa para fundamentação teórica do movimento.

- Estimular criação de comissões de reforma psiquiátrica nos Conselhos de Saúde.

- Promoção de marketing favorável à aprovação da Lei Paulo Delgado.

- Avaliar criticamente propostas do Ministério de Saúde quanto à humanização e redução de leitos (adequação à portaria).

- Ampliar intervenção junto à universidades e instituições formadoras.

- Apoio do movimento à emenda do Senador Lúcio Alcântara. (Grupo 7)

- Discussão nos núcleos questões do PAD, LOAS e Reforma Psiquiátrica.

- Tomar posição contrária à implantação de enfermarias psiquiátricas.

- Participação nas instâncias de planejamento de políticas sociais.

- Criação de CPI dos manicômios nos estados.

- Viabilizar credenciamento das cidades ao PAD.

- Criação de fóruns de discussão e investigação da exploração do trabalho de usuários nos serviços.

- Lutar pela indenização dos usuários que perderam grande parte de sua vida em hospícios.

- Solicitar do Ministério o levantamento dos hospitais descredenciados de psiquiatria III e verificar destino dos recursos.

- Implantação imediata do PAD.

- Fazer alterações na emenda do Senador Lúcio Alcântara (Grupo 5).

- 18 de maio em Brasília, ano 96.

- O próximo Encontro será realizado no dia 10/10 (Dia Internacional de Saúde Mental).

- Criação de núcleo de trabalho para assessorar cooperativas.

- Alterar termo serviços "Alternativos" por "substitutivos".

RELATÓRIO DOS GRUPOS

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão

II ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL

REGIMENTO DA PLENÁRIA FINAL

Os trabalhos da Plenária Final no Domingo iniciar-se-ão às 09:00, sendo o término previsto para as 14:00.

Estes desenvolver-se-ão em três blocos:

- 1 - O primeiro o horário das 09:00 às 10:30 será destinado à leitura dos relatórios dos grupos de discussão, relativos aos temas específicos. Este bloco terá caráter informativo e não será objeto de discussão.
- 2 - O segundo bloco desenvolver-se-á no horário das 10:30 às 13:30 horas, e será dedicado à aprovação do relatório final das discussões ocorridas nos subgrupos, relativas ao eixo organizativo.
- 3 - Apresentação das propostas destacadas dos temas específicos eixo organizativo.
- 4 - Escolha da Secretaria Executiva que inclusive sediará o próximo encontro.
- 5 - Escolha do Representante do movimento na comissão nacional de Reforma Psiquiátrica.
- 6 - Escolha dos Representantes dos usuários que irão a Holanda.
- 7 - Escolha do Representante dos usuários e familiares para o Conselho Nacional de Saúde.
- 8 - Encaminhamento e aprovação das Moções.

DINÂMICA DA DISCUSSÃO DO TEMA ÚNICO

- 1 - Leitura do Relatório Final

Tempo Previsto: 30 minutos

- 2 - As propostas que não sofrerem destaque serão consideradas aprovadas por unanimidade.
- 3 - Os temas destacados serão discutidos e votados individualmente, segundo os seguintes critérios:
 - 3.1 - Uma fala de três minutos para esclarecimento.
 - 3.2 - Caso o plenário sinta-se esclarecido: votação. Caso contrário, 02 inscrições para defesa, e duas falas contra de 2 minutos cada.
- 4 - Os destaques somente serão acolhidos durante a leitura do relatório final.

MOÇÕES

No horário das 13:30 horas, se dará a apreciação e aprovação das Moções. Para tanto o plenário deverá encaminhar, até o momento em que se der o início da discussão do último item do relatório final, as sugestões das Moções.

Estas serão lidas e acatadas ou rejeitadas pelo plenário.

As Moções não serão objeto de discussão.



Cidadania
EXclusão

GRUPOS 1 E 2 EXCLUSÃO NA CULTURA

Ponderações

1. O que é cultura? Foi uma questão que o grupo necessitou discutir em todos os momentos. Chegou-se às seguintes idéias: Cultura é conhecer e instruir; é tudo o que se produz através do pensamento; Cultura é o que resulta do pensamento entre pessoas portanto, cultura é criar conversa. Cultura são os ritos, valores e crenças de um povo. Cultura é tudo que diz respeito à vida.

2. Foi feita uma proposta de usar-se "ideologia manicomial" ao invés de "cultura manicomial" pois, como a cultura é criativa, não pode ser manicomial. Ideologia refere-se a um conjunto empacotado de idéias prontas a serviço de um poder.

3. A cultura é diferente da erudição pois não depende apenas da quantidade de saber. A linguagem precisa ser cuidada pois pode excluir.

4. Em cada encontro do Movimento da Luta Antimanicomial, cada reunião, produz-se uma cultura que é intransferível, característica e de cunho antimanicomial.

5. O Movimento Antimanicomial não pretende apenas a extinção dos manicômios pois as relações entre as pessoas podem continuar a ser excludentes e manicômias fora do hospital.

É necessária uma mudança ampla a nível da sociedade, onde se resgate o respeito pela subjetividade do cidadão, ao seu pensamento e à sua criatividade. Enfatizar a igualdade do direito de todo cidadão poder expressar suas diferenças, suas peculiaridades, seu patrimônio pessoal. O movimento chamar-se de antimanicomial reduz a amplitude da transformação e não é propositivo. Poderia chamar-se de Saúde Mental Coletiva.

6. A loucura é vista como inerente ao homem e não algo que está em alguns.

7. Discutir a loucura apenas pelo enfoque biológico é "babaquice". É preciso incluí-la na questão social e considerar seus determinantes.

8. A sociedade capitalista, com sua mentalidade massificadora, abafa a subjetividade do homem, principalmente do homem que está sob sofrimento psicológico ("o louco"). Abandona-o pois ele não tem força de trabalho para oferecer. A cultura predominante é a cultura da submissão e delegação de responsabilidade. Precisamos criar cultura de autonomia, autoria e cidadania.

9. O ser humano quando adocece mentalmente sofre um "gelo social". É preciso abrir uma possibilidade de diálogo deste ser humano com o restante da sociedade.

10. O técnico da saúde mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, etc.) precisa ser percebido como parte estratégica da transformação: se não for modificada a sua mentalidade, as relações entre eles e os usuários sempre terão características manicômias, tuteladoras e infantilizadoras.

Os técnicos precisam resgatar o sentido real da "humildade".

11. A exclusão começa na escola onde a criança "diferente vai para as classes especiais", verdadeiros mini-manicômios.

12. O laudo psicológico feito por psicólogos nas escolas é um verdadeiro passaporte para a segregação. A questão principal é: a criança não se adaptou ao método escolar ou, na verdade, o método não é adequado à criança.

13. Existe um estudo feito onde se apurou que o número de crianças em classes especiais é igual ao número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos e igual ao número de presidiários, no Brasil.

14. O pensamento do usuário não tem garantidos canais de expressão. O movimento da luta antimanicomial sofre do mesmo problema.

15. O usuário tem necessidades particulares, próprias que precisam ser atendidas. Não confundir esta atenção com paternalismo.

16. Desta forma o Movimento da Luta Antimanicomial deve colocar-se ao lado de outros movimentos de excluídos (negros, homossexuais, sem-terra, etc). Assim como aumentar o contato com outros movimentos populares.

17. É consenso que o usuário tem dificuldades e necessidades peculiares, como ter acesso por exemplo ao transporte coletivo, principalmente porque disto depende seu acesso ao tratamento, aos remédios e, em última análise, prevenir internações. Não está clara qual a melhor forma desta garantias, se através de carteirinhas onde existe um carimbo "deficiente" ou se através de "passes" para que o usuário possa andar de ônibus como todo mundo faz. Esse assunto requer reflexões adicionais.

18. É necessário um cuidado para o doente não ser "o mal" e o psiquiatra "o bem". Também é preciso cuidar para que o psiquiatra não seja "o mal" e o doente "o bem". As relações não são tão simples.

19. A arte é o grande canal de expressão do homem, principalmente do usuário. O Movimento Antimanicomial tem experiências positivas em abundância. Arte também é saúde. Devemos estar atentos para que a arte não seja mais um modo de exclusão. O louco também é filósofo, pensador, etc.

Propostas

1. O Movimento deve fazer um levantamento das produções artísticas e literárias sobre os temas "Loucura e "Manicômio" para servir como referência principalmente para quem viveu esse estágio da experiência humana.

2. O Movimento deve tentar o acesso do usuário aos meios de transporte coletivo.

3. O sofredor mental precisa entrar no sistema previdenciário para que tenha recursos financeiros mínimos.

4. O Movimento precisa manter canais de informações mais intensos e frequentes com a sociedade. Veicular boletins, panfletos, elaborar cartilhas para trabalhar nas escolas de I e II graus e em creches.

RELATÓRIO DOS GRUPOS

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão

5. O movimento deve tentar garantir a todos os núcleos um acervo de vídeos sobre o tema loucura, manicômios, etc. para propiciar maior subsídio para divulgação.

6. Investir no mercado de trabalho, nos setores de economia popular, para inserir o usuário num trabalho que não seja gerador de mais sofrimento.

7. Sugerir às universidades a inserção do tema "o que é manicomial" com o objetivo de modificar os currículos dos profissionais de saúde mental.

8. Análise das posturas dos técnicos nos serviços substitutivos: manicomial ou não?

9. Cada núcleo deve se aproximar de grupos artísticos de sua cidade ou região e estabelecer um contato para ação conjunta visando trazer o usuário para dentro do movimento.

10. Aumentar o contato com outros movimentos populares.

11. Divulgar o movimento especificamente aos formadores de opinião (jornalistas) tentando maior rapidez e abrangência do ato de informar a população.

12. O movimento deve ser mais ousado a respeito da divulgação do que pensa e faz. "Bombardear" a mídia com informações sobre o movimento para se fazer conhecer.

13. Inclusão da discussão saúde mental/exclu-

são à cidadania / direitos dos cidadãos / e respeito ao diferente nos fóruns e sindicatos relacionados à educação.

14. As ações culturais produzidas com usuários devem sair do âmbito restrito das equipes/instituições, numa direção "para fora" das mesmas. Devemos buscar parcerias com associações de bairro, igreja, etc. para produção conjunta de eventos culturais públicos.

15. Famílias com condições financeiras e com disponibilidade afetiva adotem doentes mentais.

16. Realizar mais debates entre usuários.

17. Promover fóruns para apresentação de trabalhos científicos e sobre experiências práticas em saúde mental.

18. Realizar revisão epistemológica e teórica sobre a concepção do homem e "doença mental" no espaço universitário.

19. Apoiar a lei dos direitos autorais e a lei de democratização dos meios de comunicação.

20. Incentivar a criação de centros de convivência.

21. Enviar fax e ir ao programa Jô Soares

22. A mudança cultura é uma luta política. Devemos apoiar programas de governo para os municípios que proponham transformações.

GRUPOS 3 E 4 EXCLUSÃO NO TRABALHO

Os grupos acharam dificuldade em discutir a questão da exclusão de forma fragmentada: no trabalho, na cultura, na assistência, e no direito.

Mudar as relações de trabalho avançado do contexto usuário X técnico para cidadão X sociedade.

O cotidiano desencadeia permanentemente processos de autonomia.

O Movimento da Luta Antimanicomial se alie a outros movimentos sociais, sem no entanto perder sua identidade.

Sugestões:

1. Criação de um núcleo dentro do movimento para articulação de cooperativas. Iniciando como economia informal e arrecadação de fundos (associações de trabalho).

2. Viabilizar formas de utilização do Fundo do Amparo ao Trabalhador e fundos participativos de empresas privadas que tenham afinidade com o movimento.

3. Aprofundar a questão da cooperativa social-projeto de lei do deputado Paulo Delgado.

4. Criar estruturas de trabalhos (associação e cooperativas) que respeitem as singularidades viabilizando a inserção no mercado de trabalho sem criar guetos de usuários e que a produção seja de qualidade. Cuidados para não reproduzir caráter excludente que é próprio da produção atual.

5. Moção para Comissão de Reforma Administrativa:

- Revisão da legislação sobre aposentadoria por invalidez.

- Não constar na carteira de trabalho o afastamen-

to para tratamento psiquiátrico bem como o motivo do aposentadoria.

- Revisão das leis trabalhistas.

6. Viabilizar o fim dos carimbos nas carteiras sem necessidade de abrir um processo jurídico e sim no setor administrativo (sem INSS).

7. Equidade de direitos trabalhistas.

8. Lei que garanta a não discriminação dos usuários, ou seja, não haver no mercado de trabalho lugares destinados exclusivamente ao doente mental.

9. Criar espaços destinados para doentes mentais no mercado formal de trabalho.

10. Articulação com entidade (OAB e sindicatos) que garantam o cumprimento das leis e formulações de leis de discriminação.

11. Moção de repúdio a política neoliberal do governo federal que cada governo federal que cada vez mais aumenta o número de excluídos.

12. Capacitar o usuário ao trabalho para que possa competir com igualdade com outros indivíduos.

13. Presença de trabalhadores de saúde mental em associações.

14. A sociedade tem uma dívida com usuários e estes devem ser indenizados em forma de benefícios (vale transporte, etc).

15. Direito ao passo livre (questão social): todas as pessoas devem ter direito a esse passe, até que possam garantir a sua contribuição.

16. Recomendar ao Conselho Municipal de Saúde e ao Poder Público para garantir estabelecimento de articulações necessárias em todos os níveis para

RELATÓRIO DOS GRUPOS

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão

que os cursos de graduação na área saúde contextualizem seus currículos à realidade do país e da região respondendo às necessidades concretas da população e às exigências do Sistema Único de Saúde, bem como ampliando-se essa discussão também ao nível de formação de 1º e 2º graus no ensino. Articular com outras entidades em educação.

17. Levar educação e capacitação ao usuário para fora dos NAP's e CAP's e incluí-los no sistema educacional formal e tratamento diferenciado se necessário.

18. Articular programas de alfabetização junto a entidades de educação.

Anexo Grupo 3 e 4

Proposta Para Reforma de Lei

Todo trabalhador que tiver no mínimo um ano de trabalho na mesma empresa e passa a ter qualquer tipo de problema mental não poderá ser demitido em hipótese alguma, enquanto estiver em tratamento, inclusive estando em uso de medicamento.

Após o término do tratamento o mesmo deverá ter uma estabilidade de no mínimo 01 (um) ano, com acompanhamento psiquiátrico por conta da empresa. Caso haja qualquer tipo de discriminação dentro

da empresa, a este trabalhador, seja por parte da chefia, colegas ou até mesmo da própria empresa, esta será punida sob pena de pagar multas variáveis, dependendo de cada caso.

Todo trabalhador portador de qualquer distúrbio psicológico, que tenha sido demitido a partir de 1994, volte a ter os mesmos vínculos empregatícios com a empresa, estando ou não afastado. A empresa ainda terá que pagar indenizações completas ao funcionário durante o tempo em que ele ficou desligado da mesma. Caso ele esteja afastado, o empregador ficará obrigado a pagar apenas as diferenças de salário de acordo com o que ele estaria ganhando caso estivesse trabalhando, incluindo os 15 primeiros dias.

O trabalhador que por ventura, depois de ter sido demitido, tenha se aposentado por invalidez, o empregado terá que indenizá-lo somente até o período em que esteve sem receber nem um tipo de benefi-

GRUPO 5 E 6 EXCLUSÃO NA ASSISTÊNCIA

É o objetivo da assistência propiciar a autonomia? Quais são os limites da assistência quanto a questão da autonomia?

O grupo analisa três vertentes:

abandono - a autonomia não é absoluta para os seres humanos; num momento de crise isso tem que ser levado em consideração, pois negar isso é excluir.

tutela - repensar a relação com o usuário ou então, se corre o risco de reproduzir o antigo sistema. Até que ponto a relação com o profissional de saúde favorece a tutela restringindo o processo de autonomia do usuário?

cio financeiro.

As empresas cujo tais problemas psicológicos acontecerem com seus funcionários não deverá aceitar do trabalhador afetado em hipótese alguma nenhum pedido de demissão. Ela ainda fica proibida de exercer sobre o mesmo qualquer tipo de pressão. Caso contrário, essa pressão ficará caracterizada como agressão psicológica.

Toda empresa deverá submeter os seus trabalhadores a exames psicoterapêuticos em caso de demissão. Ainda deverá lhes fornecer um atestado de boa saúde mental que poderá ser apresentado à outra empresa na qual for trabalhar futuramente.

A empresa terá que permitir que o sindicato da categoria acompanhe todo e qualquer processo de relação empregado-empregador nos caso de qualquer problema psicológico.

As empresas serão obrigadas a manter no seu interior um acompanhamento psicológico a todos os seus empregados: consultas individuais, palestras, reuniões durante o seu expediente de trabalho, etc.

O trabalhador não poderá exercer nenhum tipo de atividade que exija muito de sua capacidade psicológica e comprometa sua integridade física ou moral, sendo ele portador de qualquer tipo de problema psicológico.

Não caberá ao trabalhador decidir se está ou não apto a exercer atividades que coloquem em risco sua integridade física e moral, ou de quem quer que seja dentro da empresa, quando se tratar de um portador de algum tipo de distúrbio psicológico. O médico do trabalhador é quem deverá encaminhar à empresa documento as devidas declarações e com o conhecimento do trabalhador.

Todo trabalhador que exercer funções que exijam raciocínio rápido ou mesmo sobrecarga de tarefas que exijam habilidade psicológica e passa a ter qualquer distúrbio psicológico, esse será caracterizado como doença do trabalho. Caso ele tenha condições de exercer outro tipo de função que não o afete psicologicamente ou fisicamente, a empresa deverá transferi-lo, sem qualquer tipo de prejuízo como diminuição de salário, discriminação, etc. A empresa ainda se obrigará a dar condições para que o trabalhador faça com seriedade seu tratamento, sem ser pressionado, garantindo a estabilidade a este trabalhador até a sua aposentadoria especial.

ética - garantir a voz e escuta dos usuários, familiares e comunidade.

- A nova organização deve ser (re)pensada em conjunto com a clientela. Esta reflexão gera concretude e contornos nesse novo modelo.

- Destacamos o princípio da equidade para resgatar o respeito as diferenças.

- Até que ponto os técnicos estão realmente disponíveis para serem questionados? A desinstitucionalização se dá a partir da concepção do sujeito? Este processo é amplo; envolve principalmente o desinstitucionalizar dos técnicos que os leva a ir ao encontro das necessidades do ser humano

RELATÓRIO DOS GRUPOS

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão

dentro de uma nova assistência.

Entendendo a assistência de uma forma mais ampla, observar nesses outros espaços as formas de exclusão, que é compreendida na impossibilidade de trocas sociais, no partilhar na sociedade, no acesso aos direitos sociais. A exclusão na assistência envolve outros campos como a educação, família, trabalho, cultura e direito.

Loucura é capacidade de alterar a ordem. Historicamente as instituições vem buscando sua ordenação visando a linearidade do comportamento. Num novo modelo de assistência, as instituições deveriam ser menos excludentes e ter como um dos nortes de reflexão a que ordem social estão se comprometendo: rígida ou flexível? Ordem que comporta a diferença, o inesperado.

Qual é o limite entre assistir e excluir?

O manicômio é resultado da relação excludente que acontece dentro do âmbito familiar.

Numa crítica ao modelo antigo, o serviço atuava como oficina de reparação, onde o que não dá para ser reparado fica no manicômio. No processo de criar novas formas de trabalhar, a assistência está interligada a produção concreta de possibilidade de vida para todos, que envolve, por exemplo, a autonomia para a qualidade de vida. Não basta dar uma maquiada, tem que se bancar um processo de invenção não apenas reproduzindo modelos, mas construindo a partir de um contexto histórico.

O saber enquanto poder, acentua o processo de exclusão na assistência? O saber deve ser construído numa relação de parceria, não hierarquizada, onde cada qual traz elementos do seu conhecimento particular. O envolvimento de movimentos sociais, e da comunidade local e acadêmica, viabiliza a construção de outros saberes. Não se nega os diversos saberes, porém isso não implica na utilização desses como instrumento de poder.

Qual a forma de intervenção do Movimento em estabelecimentos norteados pelo novo modelo de assistência, porém com práticas sutilmente influenciadas pela cultura manicomial?

Ainda temos serviços que são apêndices do manicômio; é necessário tomar posição quanto a isso excluir o hospital psiquiátrico como um recurso assistencial enfrentando isso de maneira mais contundente, exigindo do Estado o investimento nos serviços substitutivos.

A importância da intersetorialidade para que a assistência seja reformulada em todos os setores articulando com outros movimentos ou áreas da sociedade que seja trabalhada no sentido da superação do modelo manicomial levando também a ocupar espaços políticos de poder e decisão

A necessidade de se trabalhar com o conceito de serviços substitutivos e não alternativos, pois com isso, provoca uma mudança na direção da desinstitucionalização e não da humanização da assistência.

Lutar pela inserção da saúde mental na rede de saúde em geral através da articulação com outros movimentos populares no sentido de garantia a cidadania e não a exclusão.

Deve ser enfatizado o aspecto preventivo quan-

to às diversas formas de exclusão no tocante a cidadania.

Houve polêmica na questão de garantir, dentro do espaço de supervisão institucional, a participação dos usuários.

Houve polêmica em relação à assistência prestada dentro dos manicômios no sentido dela poder ser anti-manicomial ou não, onde alguns defendem a assistência substitutiva como sendo a única forma anti-manicomial.

Houve uma polêmica sobre a assistência de forma substitutiva por instituir "ações privadas", relacionando que o MS TERIA QUE PRIORIZAR estes serviços de forma pública.

O hospital psiquiátrico exclui a a subjetividade das práticas em relação sofredor psíquico, desqualificando-o enquanto cidadão.

Pensar em assistência torna necessário o controle social numa linha de construção dos serviços substitutivos ao manicômios e que estes sejam comprometidos com as metodologias anti-manicomiais.

O controle social decorrente dos conselhos gestores, vem evitar a fragilidade dos serviços em relação as mudanças político-administrativas.

Propostas:

1. excluir o hospital psiquiátrico como um recurso assistencial enfrentando isso de maneira mais contundente, exigindo do estado o investimento dos serviços substitutivos.

2. Houve polêmica quanto ao enfrentamento da possibilidade da implantação de enfermarias psiquiátricas em hospital geral pois estes reproduzem a lógica manicomial.

3. O movimento apoia e acata a municipalização dos serviços de saúde tendo em vista uma assistência não excludente da maioria da população e através dos conselhos municipais que se vai propor a criação ou descredenciamento de serviços de assistência para os portadores do sofrimento psíquico.

4. Não são critérios científicos que embasam a internação ou a alta do sofredor psíquico, mas critérios que dizem respeito a resolutividade dos serviços e isto vai de encontro a ideologia médico-psiquiátrica.

5. É de responsabilidade dos profissionais de Saúde Mental a constante crítica às suas próprias práticas pois a ideologia manicomial da exclusão se reproduz através destes profissionais e dos próprios serviços.

6. As práticas anti-manicomiais estão produzindo um saber científico, pois são práticas que levam em consideração a história e a cultura na produção de metodologias que incluem a subjetividade do saber psíquico diferente da ciência tradicional.

Recomenda-se que:

- as instituições criem mecanismos para a constante reflexão sobre os resquícios do manicomial na prática cotidiana, bem como nas relações do saber;

- que o Movimento reflita e proponha temas de pesquisas multicêntricas;

- que a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, exerça efetivamente o papel para o qual foi eleita.

RELATÓRIO DOS GRUPOS

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão

- defender e avançar a implantação do SUS levando a não exclusão da assistência e viabilizando a implantação da reformulação da assistência;

- garantir a destinação dos recursos previstos na legislação que é de 10% para a saúde no âmbito estadual e que destes se defina um percentual para um investimento nos serviços substitutivos em saúde mental.

- agilize-se a implantação dos conselhos gestores;
- que se crie mecanismos, com agilidade, para informar aos profissionais da área de saúde mental, sobre o PAD e suas implicações;

- que sejam elaboradas cartilhas informativas para técnicos, usuários, comunidade e familiares quanto aos serviços substitutivos;

- que o Ministério da Saúde garanta o atendimento à saúde mental sem exclusões sociais implementando serviços substitutivos que levem a extinção dos manicômios.

- Exigir do Ministério de Saúde prioridade para a construção de serviços anti-manicômiais respeitando as leis e planejamento, os fóruns do movimento e garantia do orçamento.

- É necessário uma atuação enérgica quanto à comissão fiscalizadora do movimento em relação aos manicômios, quanto as vitórias feitas em função das portarias que regulamenta a assis-

tência à saúde mental.

- É urgente a intervenção na formação dos profissionais que atuam na área de saúde mental que atualmente baseia-se numa visão individualista eletista tendo em vista as mudanças curriculares e práticas que correspondam as mudanças no modelo assistencial.

- Substituir o termo internação pela utilização do conceito de atenção psíquica intensiva que pressupõe não necessariamente a hospitalização mas o atendimento nos momentos de crise sem a tradicional violência.

- É necessário que o movimento articule-se politicamente para estar nas instâncias de discussão da implantação do PAD.

- Realização de campanhas do movimento visando imprimir sua marca através dos meios de comunicação divulgando as práticas anti-manicômiais.

- Mandar o relatório final para Universidades e outras instituições.

- Que a palavra de ordem na assistência seja ouvir e reventar o atendimento mudando os conceitos e a tradicional linguagem médica.

- Desmitificar o discurso das falhas de recursos.

- foi polemizado a extinção dos estágios em hospitais psiquiátricos.

- Que a alta seja avaliada por uma avaliação da equipe de saúde mental não apenas por ordem médica.

RELATÓRIO DOS GRUPOS

GRUPO 7 E 8 EXCLUSÃO NO DIREITO

O direito não se resume na figura da lei. A lei é um instrumento político, elaborado para atender o interesse de um determinado grupo.

A lei é interpretada como uma relação de poder da classe hegemônica, podendo legitimar qualquer tipo de injustiça.

Para modificar a lei é necessário criar um movimento organizado.

As legislações municipais, Lei Paulo Delgado, deixam dúvidas quanto: substituição dos manicômios por novos serviços; internações involuntárias devem ser encaminhadas à Defensoria Pública ou ao Ministério Público.

Questão do louco infrator: a lei cai no código civil e código penal. É possível pensarmos em modificar essas leis?

Um ato de violência seria um gesto de desrazão? Como poderíamos lidar com isto quando somos cobrados por profissionais da área jurídica em relação à cura daquele que cometeu e não foi preso, e sim encaminhado ao serviço de saúde mental - o que fazer? Como tratar? Que parâmetro de julgamento tem as pessoas que ocupam o poder na justiça e não têm nenhum conhecimento sobre saúde mental?

A legislação quando aprovada houve uma certa acomodação por parte do movimento.

O que leva o movimento a crescer não é a lei; a força do movimento é mais importante. É necessário começar a ocupar os espaços de decisão.

Quando o louco comete um crime ele recebe uma medida de segurança a qual é pior que o julga-

mento, esta medida é por tempo indeterminado, levando a pessoa a pagar o crime que cometeu pelo resto da vida, ficando excluído radicalmente sem ser julgado. Esta questão não foi contemplada na II Conferência de Saúde Mental.

A comunidade jurídica é um tanto quanto autoritária. Temos que estar avaliando, contornando sua posição. O jurista acredita que a pessoa portadora de transtorno mental no manicômio está sendo tratada.

Se o usuário for julgado como cidadão comum irá cair na prisão é preciso reconhecer a diferença.

Não defendemos manicômios, prisões e nenhum tipo de instituição segregadora. Defendemos a cidadania dos excluídos.

Quando o código penal foi elaborado, com o conceito "louco de todos os gêneros", havia o objetivo de proteger o doente mental. Entretanto, se se pensa em eliminar tal conceito é porque se admite que ele é impreciso no que se refere ao limite entre o momento no qual se pode ser considerado responsável e em qual não se pode. A ambiguidade é a imprecisão na redação da lei que pode levar a uma situação em que, ao invés de proteger, ela prejudique o portador do transtorno mental.

Será possível abolir a expressão "loucos de todos os gêneros" por outra expressão? A expressão "louco" já foi abolida no movimento. Esta discussão deve expandir-se para a sociedade.

A sociedade ainda tem a pressuposição de que a periculosidade é só do doente mental o qual tem o

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
Exclusão

orótulo de lduco, pois, ainda estamos na lei Eugênica que trata a questão do louco como vadio desocupado.

Quando a ordem jurídica trata a questão do acidente de trabalho, a responsabilidade é do Estado. Entendemos que ninguém está isento de sofrer um acidente psíquico, entretanto o Estado não vê como uma responsabilidade sua. O risco social é muito maior nos "normais" do que nos portadores de doenças mentais. A sociedade é quem leva o doente mental a cometer atos de insanidade.

Quando o Estado cassa o direito do cidadão tem a obrigação de resgatar estes direitos.

Propostas

1. Continuar discutindo até o código penal ser modificado.

2. Que nos próximos encontros, os Estados tragam diagnósticos dos manicômios judiciários: como anda, o que se passa. Se instrumentar para poder reivindicar. Se possível, fazer vistorias periódicas.

3. Encaminhar denúncias dos Estados, onde os artigos da lei não estão sendo cumpridos.

4. Que as instâncias de fiscalização dos Estados tipo GAHP, sejam constituídas democraticamente, nos princípios do movimento da luta.

5. Divulgar, conscientizar que a pessoa portadora de transtorno mental é capaz de ser independente. Intervir na cultura, na mídia, na sociedade, derrubando os preconceitos e desmistificando a loucura.

6. Que no diálogo com a justiça a questão da interdição seja feita com mais rigor na concepção da curatela.

7. Respalçar e assessorar juridicamente as pes-

soas que foram interditas em momento de crise para quando elas melhorarem queiram reverter esse processo.

8. Que as associações de usuários se abram com subsídios, tais como: assessoria jurídica para que os usuários tenham informação sobre o seus direitos.

9. Rever a questão do diagnóstico para que se possa repensar o termo "periculosidade latente". Questionar os dois saberes: psiquiátrico e jurídico.

10. Fazer um treinamento com os policiais, na tentativa de humanizar o trato para com o portador de transtorno mental. O movimento deve fazer uma interlocução para que isso ocorra (fazer um seminário nacional com juizes, psiquiatras, usuários, técnicos, familiares, a sociedade civil em geral, para discutir essa questão).

11. Que o laudo seja dado por uma equipe multidisciplinar para se tirar da mão do psiquiatra o poder de decidir sobre o destino do usuário.

12. Promover palestras educativas para todos os funcionários de manicômios judiciários em todo país.

13. Nas suas instâncias, nas suas cidades, fazer um diagnóstico dos manicômios judiciários para fundamentar os projetos de lei, de acordo com suas singularidades.

14. Derrubar a internação sistemática por alcoolismo em hospitais psiquiátricos.

15. Criar uma central de informações para usuários e familiares (tipo cartilha) para veicular informações sobre o PAD, etc.

RELATÓRIO DOS GRUPOS

II ENCONTRO
NACIONAL
DO MOVIMENTO
DA LUTA
ANTIMANICOMIAL



Cidadania
EXclusão