

TRAJETÓRIA LEGISLATIVA DA FISCALIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

LEGISLATIVE TRAJECTORY OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION OVERSIGHT IN
BRAZIL

José Querino Tavares Neto¹
Cassius Marcellus de Freitas Rodrigues²

<https://doi.org/10.55839/2318-8650RevParRPv34n3pa251-274>

RESUMO

O artigo analisa a legislação sobre a internação psiquiátrica no Brasil nos séculos XIX, XX e XXI em busca de determinar como os mecanismos de fiscalização da internação psiquiátrica foram se modificando ao longo do tempo. O objetivo é demonstrar que essas mudanças ocorriam seguindo o sentido apontado pelos padrões sociocientíficos de tratamento do transtorno mental prevalentes em cada época. A conclusão apresentada é que o modelo de atenção psicossocial dado pela Lei nº 10.216/2001, e especialmente sua diretriz de excepcionalidade da hospitalização, deve nortear a fiscalização da internação psiquiátrica para que ela realmente exerça controle sobre essa modalidade de tratamento. A pesquisa realizada é bibliográfica e recai sobre a legislação e artigos científicos que abordam a temática. A metodologia empregada é essencialmente argumentativa, sobretudo, na vertente histórica.

Palavras-chave: Psicossocial. Saúde Mental. Alienismo. Lei nº 10.216/2001.

ABSTRACT

This article analyzes legislation on psychiatric hospitalization in Brazil in the 19th, 20th, and 21st centuries, seeking to determine how the mechanisms for monitoring psychiatric hospitalization have changed over time. The objective is to demonstrate that these changes occurred in accordance with the socioscientific standards for treating mental disorders prevalent in each era. The conclusion is that the psychosocial care model established by Law No. 10,216/2001, and especially its directive on exceptional hospitalization, should guide the monitoring of psychiatric hospitalization so that it can truly exercise control over this type of

¹ Bolsista Produtividade do CNPq; Professor Titular da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás; Professor do Programa de Mestrado em Políticas Públicas da UFG. Pós-doutor em Direito Constitucional pela Universidade de Coimbra com bolsa da Capes. Bolsista de Produtividade do Programa de Pós-Graduação em Direito e Políticas Públicas da UFG. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2420742587515754> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2496-4886> E-mail: josequerino@ufg.br

² Mestrando em Direito e Políticas Públicas da UFG. Promotor de Justiça titular da 88ª Promotoria de Justiça de Goiânia, com atribuições na área da saúde. E-mail: cassius.rodrigues@mpgo.mp.br Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0022915512074222>

treatment. The research is bibliographical and focuses on legislation and scientific articles addressing the topic. The methodology employed is essentially argumentative, particularly from a historical perspective.

Keywords: Psychosocial. Mental Health. Alienism. Law No. 10.216/2001.

1 INTRODUÇÃO

Desde meados do século XIX sucederam-se, no Brasil, diversas legislações que abordaram o tratamento dos transtornos mentais. Ainda que não se possa afirmar peremptoriamente que cada lei nova rompia decisivamente com o modelo preconizado pela lei anterior, é fora de dúvida que ela tendia a regulamentar inteiramente a matéria, com o que, frequentemente, introduzia novos elementos no sistema jurídico. Essas modificações incluíam a regulamentação do aparato estatal de fiscalização da internação psiquiátrica que, portanto, esteve em contínua transformação ao longo desses quase dois séculos de legislação.

As mudanças legislativas não eram aleatórias; ocorriam em resposta à emergência de uma diferente forma social de abordar a questão do transtorno mental. Com isso, traziam para o mundo jurídico elementos derivados do novo modelo sociocientífico que irrompia. A partir dessa premissa, uma pergunta que se pode legitimamente colocar é: de que maneira os mecanismos de fiscalização da internação psiquiátrica foram se modificando ao longo do tempo em reação às mencionadas alterações de paradigmas?

O objetivo do artigo é oferecer uma resposta a esse questionamento pela via da análise sistematizada das diferentes legislações que regulamentaram a internação psiquiátrica no país nos séculos XIX, XX e XXI, sempre em cotejo com o modelo delineador do tratamento que se dava à denominada loucura que prevalecia em cada época. Ao final, será demonstrado que havia nos Decretos 508/1890, 1.132/1903 e 24.559/1934 dispositivos que estabeleciam mecanismos de fiscalização, ainda que rudimentares, das internações psiquiátricas e que a comunicação de internação psiquiátrica involuntária (CIPi), criada pelo art. 8º, § 1º da Lei nº 10.216/2001, constitui uma evolução desses mecanismos.

A pesquisa realizada é bibliográfica e recai tanto sobre a legislação brasileira e francesa, que lhe serviu de inspiração, como sobre artigos científicos que abordam a temática.

A metodologia empregada é analítica e histórica, pois busca o exame detalhado e a interpretação sistemática dos textos legais, porém sem deixar de situá-los no contexto temporal em que foram editados.

2 INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Na primeira parte de sua História da Loucura na Idade Clássica, Foucault (2014) descreve como, a partir do final da idade média, os leprosários, destituídos de ocupantes pelo desaparecimento da lepra na Europa ocidental, gradualmente cederam lugar aos hospitais que, à falta de leprosos, passaram a servir de destino para loucos e outras classes de excluídos. Nesses estabelecimentos, os loucos permaneceram internados até serem descobertos pela medicina. “É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; e lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos ‘libertado’” (2014, p. 48).

Cabe lembrar que o hospital era, até então, fundamentalmente, um local de manutenção da ordem pública. Não havia presença médica ou, se havia, era limitadíssima. A função não era, primordialmente, de tratamento ou cura de enfermidades, mas, antes, de controle de riscos sociais associados a comportamentos tidos como desviantes (Fonte, 2012). Comumente, eram administrados por ordens religiosas e se prestavam a internar doentes, pobres, loucos, prostitutas, desabrigados.

Quando a família real portuguesa chegou ao Brasil em 1808, tal visão de mundo e as soluções para o problema da loucura que ela oferecia ainda eram bastante disseminadas. Colocada, pela primeira vez, sob atenção governamental nestas terras (Silva, Holanda, 2014; Fonte, 2012), a loucura foi tratada sob os influxos desse modelo. Efetivamente, o aumento na quantidade de loucos nas ruas, decorrente do crescimento populacional, foi solucionado pelo recolhimento dessas pessoas a estabelecimentos que, conforme o espírito do tempo, nada mais eram do que depósitos de indesejados.

Não obstante, por essa época já havia um movimento em direção a uma mudança de paradigma. A partir do final do século XVIII, graças ao trabalho do médico francês Philippe Pinel, pai da moderna psiquiatria, tida como a primeira especialidade médica, a abordagem à

loucura foi se alterando e o louco passou a ser objeto de interesse da medicina (Schechtman e Alves, 2014). Pinel via a loucura como qualquer outra doença orgânica e apontou-lhe como causa principal as paixões. A cura, para ele, seria obtida pelo "tratamento moral", um amplo programa pedagógico, com prescrições rigidamente estabelecidas a serem cumpridas no manicômio (Teixeira, 2019).

Sua contribuição, no entanto, foi para além disso. O autor de Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, obra fundante da psiquiatria e referência para o nascente alienismo francês (Teixeira, 2019), foi responsável por introduzir nela o esforço de estudar, racional e metodicamente, a alienação mental. Pinel primava pela observação rigorosa e pela classificação sistemática do que se apresentava, até então, como uma massa caótica de sintomas (Pereira, 2004).

A proposta pineliana de modelo asilar acabou sendo adotada oficialmente pelo Estado francês pela Lei de 30 de junho de 1838, que reconheceu à medicina o papel de definir a loucura. A Lei, também conhecida por Lei Esquirol em razão do empenho do psiquiatra francês Jean-Étienne Esquirol, discípulo de Pinel, para sua aprovação, representou o marcante momento de integração entre o direito e a psiquiatria (Britto, 2004, p. 17). A psiquiatria, respaldada agora pelo direito, passou a indicar a pessoa louca passível de asilamento, desempenhando, assim, função, para si inédita, de controle social. A Lei instituiu, também de forma pioneira, meios jurídicos para o controle das internações efetivadas que vieram a ser adotados, com adaptações, em diversos outros países (Schechtman e Alves, 2014).

A Lei Esquirol apresentava três títulos. O primeiro (art. 1 a 7) era dedicado aos estabelecimentos para alienados. Essencialmente, trazia disposições que obrigavam cada departamento, uma subdivisão administrativa do Estado francês, a dispor de um estabelecimento, público ou privado contratado, para receber e cuidar dos alienados. Estabelecia a necessidade de haver regulamentos sobre seus funcionamentos e, além disso, determinava mecanismos de fiscalização, encarregando autoridades administrativas, judiciárias e do Ministério Público de visitar periodicamente as unidades.

O segundo (art. 8 a 40) regulava diversos aspectos das internações em estabelecimentos para alienados e era dividido em quatro seções, a primeira sobre internações voluntárias, a segunda sobre internações determinadas pela autoridade pública, a terceira sobre

as despesas dos serviços de alienados e a quarta com disposições comuns aplicáveis a todas as pessoas internadas.

Nesse título são encontradas diversas disposições que oficializam a compreensão da loucura como uma doença mental, sujeita, portanto, a tratamento médico. Também nesse tomo é que se evidencia a opção estatal de se reconhecer o estabelecimento de internação como o local adequado para tratamento e a internação, ela própria, como o apropriado. É a legalização da aplicação do método científico à loucura e sua compreensão. A observação, a classificação, a experimentação, recursos próprios da abordagem científica positivista e que demandam o isolamento para sua aplicação, têm sua possibilidade assegurada pela lei via internação.

A internação, de acordo com o artigo 8º, item 2º, somente poderia ocorrer à vista de um atestado médico que indicasse a doença e a necessidade terapêutica da medida. Efetivada a internação, seguiam-se outros pronunciamentos médicos destinados a corroborar, ou não, sua necessidade (art. 8º, item 3º, art. 9º, art. 11, art. 20). A Lei tornava obrigatório o registro periódico do desenvolvimento do quadro do internado (art. 12), o que poderia ser tido como um ancestral do moderno prontuário médico. A desinternação pela cura dependia de ela ser declarada pelo médico (art. 13). Quando a desinternação fosse pleiteada pelo paciente antes de tal declaração, cabia ao médico comunicar às autoridades se considerasse que ela poderia colocar em risco a ordem pública ou a saúde das pessoas (art. 14). Aí, uma vez mais, o papel de controle social que passou a ser atribuído à medicina.

O terceiro título, por fim, era constituído de um único artigo, o 41, que trazia as disposições gerais. Basicamente elas cumpriam a função de estipular as sanções penais e pecuniárias aos diretores, responsáveis ou encarregados dos estabelecimentos públicos ou privados para alienados e médicos que neles trabalhavam que infringissem as disposições dos artigos 5º, 8º, 11, 12, do § 2º do artigo 13, dos artigos 15, 17, 20, 21 e do último parágrafo do artigo 29 da Lei, bem como aos regulamentos promulgados com base no artigo 6.

A Lei também se caracterizava por construir um intrincado mecanismo de controle e de fiscalização das internações. Representantes do prefeito, o presidente do tribunal, o Procurador do Rei, o juiz de paz, o procurador do Ministério Público eram encarregados de visitar os estabelecimentos de internação para conhecer a situação dos internos (art. 4º). Notificações de internações deveriam ser dirigidas, em prazos estabelecidos, a diversas autoridades e em vários momentos de modo a possibilitar sua fiscalização (art. 8º, art. 10, art.

20, art. 22). Providências fiscalizatórias ou de regularização deveriam ser tomadas em face dessas comunicações (art. 9, art. 18, art. 19).

O movimento alienista iniciado por Pinel que, na França, produzia efeitos tanto no manejo clínico dos alienados, quanto na legislação que regulamentava sua internação, conforme demonstrado acima, acabou estendendo efeitos ao Brasil. Médicos, influenciados pelo modelo pineliano e contrariados com o quadro de absoluta indignidade das internações de alienados, passaram a pressionar por mudanças. As palavras de ordem de uma campanha lançada com esse fim por José Clemente Pereira eram “Aos loucos, o Hospício” (Silva e Holanda, 2014). Digno de registro é, também, o artigo escrito em 1839 pelo médico ítalo-brasileiro Luiz Vicente De-Simoni intitulado “Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados” (Oda e Dalgalarrronda, 2004).

Em resposta a essas pressões, em 1841, com o Decreto nº 82, foi determinada a criação do primeiro hospício no país, que foi colocado em anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia. O hospício entrou em operação em 1852 e o Decreto nº 1.077 daquele ano dispôs sobre seu funcionamento. O Hospício de Pedro Segundo, conforme foi nominado, destinava-se a asilo, tratamento e cura de alienados (art. 1º). Sua gestão sanitária era cometida a Facultativos clínicos de Cirurgia e Medicina. Para fins de internação, um atestado de “Facultativo clínico que certifique a alienação mental” era exigido. Os “Facultativos clínicos”, eram encarregados do tratamento e da cura dos alienados (art. 21), competindo-lhes dirigir e prescrever o tratamento, regular o dia-a-dia dos internos, determinar aplicação de meios coercitivos e repressivos aos alienados e outras (art. 22).

É perceptível a influência da lei francesa no Decreto nº 1077/1852, principalmente no que diz respeito ao papel que passa a ser atribuído à medicina na definição e no tratamento da loucura. Assim como já vinha acontecendo na França, aqui também o Estado reconheceu a alienação mental como uma doença a ser tratada pela medicina em um local especificamente designado para tal, o hospício. Traços do tratamento moral foram incorporados via artigo 32 que autorizava, como meios de repressão para “obrigar alienados à obediência”, “a privação de visitas, passeios e quaesquer outros recreios”, “a diminuição de alimentos”, “a reclusão solitária”, “o colete de força” e “os banhos de emborcação”.

No plano de fiscalização das internações, o Decreto nº 1077/1852 adotou prescrições bem mais tímidas do que a lei francesa. De toda forma, existiam previsões sobre os

requisitos para admissão (art. 10) que incluíam ordem judicial ou atestado de “facultativo clínico” (art. 11). Também prescrevia a necessidade de, à falta de decisão judicial de internação, ser o interno posto sob observação por período de 15 dias antes de ser oficialmente admitido (art. 12), além de se comunicar o “Juiz dos Orphãos” quando a estada superasse um mês (art. 14).

Além disso, encarregava os membros da administração do hospício “de visitar frequentemente os dormitórios e aposentos dos alienados, fazendo as convenientes investigações para conhecerem por si mesmos a verdadeira posição e estado mental de cada alienado”, tudo para evitar “os abusos que possam commetter-se na detenção indevida dos alienados, e obstar a que se attente contra a liberdade e segurança pessoal dos individuos, dando-os como alienados, sem o estarem” (art. 15).

Já na época republicana, o Decreto nº 142-A/1890 concedeu autonomia ao Hospício Pedro Segundo, desvinculando-o da Santa Casa de Misericórdia, e alterou-lhe o nome para Hospital Nacional dos Alienados. Sua gestão finalmente foi assumida pelo poder público (Silva e Holanda, 2014), uma vez que, até então, permanecera sob administração religiosa. Seguiu-se o Decreto nº 206-A/1890, que criou a “Assistencia Medico-Legal de Alienados, constituída com o Hospicio Nacional, as colonias S. Bento e Conde de Mesquita, na ilha do Governador, e os asylos da mesma natureza que de futuro forem creados pelo Governo na Capital Federal”, e o Decreto nº 508/1890, que o complementava. Para Silva e Holanda, “a representação que a sociedade brasileira tem do manicômio, do muro, da separação, da periculosidade e de tudo que cerca a mística da loucura, começa com estas iniciativas do século XIX” (2014, p. 134).

Esse último decreto trouxe, entre outras, disposições acerca do regime de funcionamento do Hospício Nacional, estabelecendo as atribuições dos funcionários (art. 18 a 27), as exigências para se admitir pacientes como internos (art. 28 a 46) e o regime sanitário, disciplinar e de trabalho (art. 47 a 62). Seguiu-se adotando o tratamento moral, muito embora já estivesse em curso uma nova mudança de paradigma. É que no final do século XIX começaram a ganhar corpo ideias eugenistas e higienistas que, no século seguinte, iriam exercer influência decisiva sobre as escolhas a respeito da assistência à saúde da população. Ademais, já se observava também um embate entre a teoria pineliana, mais próxima do que hoje se

conhece como psicoterapias, e a teoria biomédica, referenciada em Bénédict Morel e, posteriormente, Emil Kraepelin (Silva e Holanda, 2014).

O pensamento eugênico, iniciado por Francis Galton, buscava compreender o processo de transmissão de características entre as gerações com o intuito de se propor procedimentos de controle reprodutivo destinados a selecionar aquelas que representassem um melhoramento do ser humano. Galton via a política como um amplo programa social de direcionamento da reprodução humana que visasse elevar as qualidades de um determinado conjunto populacional (Del Cont, 2008). O higienismo, por outro lado, dava ênfase ao aspecto ambiental. Pregava a aplicação de princípios de higiene e prevenção de doenças, especialmente em áreas urbanas, como forma de melhoria das condições de saúde. Em sua vertente nacional, conforme Góis Júnior (2008, p. 48), defendia que a fragilidade de saúde do brasileiro não se explicava por uma genética inferior, mas pelas más condições do ambiente.

No entanto, na primeira legislação brasileira do século XX que tratou da internação psiquiátrica, o Decreto nº 1.132/1903, as influências desses pensamentos ainda não se fizeram sentir. O tom ainda era alienista, mas, também, francamente repressivo, conforme se vê em seu artigo 1º, que dispunha que “o individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.” É bastante indicativa da preocupação com a manutenção da ordem pública a possibilidade, prevista no artigo 2º, de que a admissão nos “asyls de alienados” pudesse se dar mediante requisição da autoridade pública, particularmente a policial, a qual é expressamente mencionada no § 2º do citado artigo.

Seja como for, não estavam ausentes do Decreto disposições que buscavam oferecer alguma proteção contra abusos. Por exemplo, ele tornava obrigatórias a prova da alienação (art. 2º, § 1º) e a comunicação da internação ao juiz competente no prazo de 24 horas (art. 2º, § 2º). Outras garantias à pessoa internada eram a possibilidade de se reclamar a realização de novo exame de sanidade ou denunciar sua falta (art. 5º) e de ser desinternado a pedido, salvo o caso de perigo iminente para a ordem pública ou para o próprio enfermo (art. 6º). Eventual recusa à liberação pelo diretor do estabelecimento deveria ser informada e justificada, incontinenti, à autoridade competente para julgamento de sua procedência (7º).

O Decreto previa a responsabilização penal dos responsáveis por atos de violência e atentados ao pudor praticados contra as pessoas dos alienados (art. 9º) e penalidades pecuniárias e administrativas a quem descumprisse suas disposições, aí incluída a cassação da autorização para funcionamento do estabelecimento (art. 22). Proibia manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos (art. 10) e determinava que, não havendo manicômios criminais, os alienados delinquentes e condenados somente poderiam ser mantidos em pavilhões especificamente a eles destinados (art. 11).

Havia determinação para que a comissão governamental realizasse inspeções em todos os estabelecimentos de alienados, públicos e particulares, existentes (art. 12) e, também, para que ela fosse informada, mensalmente, da relação de doentes internados no mês anterior (art. 18). Além disso, o Decreto elencava as condições de funcionamento do estabelecimento, entre as quais a habilitação do médico dirigente; a adequabilidade das instalações físicas; a separação por natureza da doença e sexo dos internados; e a idoneidade para os serviços clínicos e administrativos (art. 13). Ademais, condicionava o funcionamento à obtenção de autorização governamental (art. 14/17).

Com a aprovação do Código Civil de 1916 o tema da insanidade mental foi retomado. A intervenção, fiel ao espírito liberal, foi de cunho eminentemente patrimonial e, basicamente, buscava regular a incapacidade para os atos da vida civil dos “loucos de todo o gênero” (art. 5º, II). O Código sujeitava-os à interdição e à curatela (art. 446, I e 453) como forma de proteção do patrimônio. Ainda, possibilitava seu recolhimento ao estabelecimento adequado “sempre que parecer inconveniente” conservá-los em casa ou se assim exigir o tratamento (art. 457). Essas disposições, não apenas não revogavam o Decreto 1.132/1903 (ainda em vigor na época), como ampliavam as possibilidades de internação nele previstas, na medida em que adicionavam um componente de conveniência para sua realização.

O Decreto nº 24.559/1934 veio para dispor sobre “a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos” e dar outras providências. Uma vez que regulamentava inteiramente os assuntos tratados pelo Decreto 1.132/1903, é de se entender que o substituiu, embora muito do ideário, dos conceitos e das fórmulas do diploma anterior tenham sido mantidos. Nele sim já se pode perceber que os

pensamentos higienista, em maior grau, e eugênico, apesar de opostos entre si, produziram influências.

De antemão, chama a atenção o uso do termo psicopata para designar a pessoa em relação à qual a legislação tinha aplicação imediata, com o que se verifica um afastamento da utilização da expressão “pessoa acometida por moléstia mental” (Decreto 1.132/1903) ou, simplesmente, “louco” (Código Civil de 1916). A correta interpretação do termo psicopata do Decreto nº 24.559/1934 somente pode ser alcançada pela compreensão de que a palavra tinha um conteúdo semântico diverso do que tem nos dias atuais.

Henriques (2009, p. 288/289) esclarece que foi a partir da segunda metade do século XX que o termo psicopata foi se restringindo em seu uso e sendo relacionado à personalidade antissocial, graças, sobretudo, ao trabalho teórico da psiquiatria anglo-saxã, principalmente do americano Hervey Milton Cleckley. Antes disso, o termo era utilizado para designar os doentes mentais de forma geral (Henriques, 2009, p. 287):

Vale ressaltar que, no século XIX, a expressão “psicopata” (do grego: psyché = alma; pathos = paixão, sofrimento) era utilizada pela literatura médica em seu sentido amplo, para designar os doentes mentais de modo geral, não havendo ainda uma ligação entre a psicopatía e a personalidade antissocial. Freud usou essa expressão em sua acepção ampla, como o atesta seu artigo Personagens psicopáticos no palco, de 1905 ou 1906. Esse uso do termo “psicopatía” como sinônimo de doença mental ainda não desapareceu por completo, sobretudo na literatura não especializada.

Ao que parece, foi exatamente com essa conotação, de referência a portador de doença mental, que o Decreto se utilizou do termo. Tanto é que ao longo de sua redação valeu-se de outras expressões, como “predispostos a doenças mentais”, “anormais”, “doentes com distúrbios mentais”, “doentes mentais”, “suspeitos de doença mental” para se referir ao mesmo grupo de pessoas.

A pretensão declarada do Decreto era de proteção legal, médica e social das pessoas com doença mental e de promoção da saúde mental em geral (art. 1º). Entre as medidas voltadas a esses objetivos estavam a criação do Conselho de Proteção aos Psicopatas, com funções de estudo do problema, consultivas ao governo e de apoio à propaganda (art. 2º). O Decreto invocava os modernos preceitos de psiquiatria e medicina social como subsídio para sua aplicação e previa tratamento dos doentes mentais, inclusive toxicômanos, em estabelecimentos

psiquiátricos ou no próprio domicílio, se possível. Além disso, proibia seus acolhimentos em hospitais de clínica geral, a não ser em seções a eles destinadas (art. 3º).

O Decreto definia estabelecimentos psiquiátricos e impunha condições para seu funcionamento, tais como ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados; dispor de pessoal idôneo moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente; dispor de instalações adequadas e de recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos (art. 4º). Definia a qualificação necessária para o diretor do estabelecimento (art. 5º) e os requisitos formais para pedido de autorização de funcionamento (art. 6º).

Em seu artigo 7º, dividia os estabelecimentos segundo regimes, que podiam ser abertos, fechados e mistos. Nos parágrafos do mencionado artigo definia o perfil dos pacientes que seriam admitidos em cada um dos regimes. Além disso, previa a possibilidade de manutenção de um serviço hetero-familiar nos arredores dos estabelecimentos, destinados a readaptar à vida social “os psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime de família” (art. 8º).

As hipóteses para internação do doente mental iam desde a simples inconveniência de se o manter em domicílio (art. 9º) até o perigo para si ou para outrem, a perturbação da ordem ou a ofensa à moral pública (art. 10). As formas de internação, eram a ordem judicial, a requisição da autoridade policial, o pedido do paciente ou de familiares, de responsáveis legais, de representantes de organizações de assistência médica, social, leiga ou religiosa e, mesmo, de algum interessado (art. 11). Os documentos necessários à internação previstos eram o atestado médico, dispensável em caso de ordem judicial, e o certificado de identidade do internando (art. 12).

O artigo 15 impunha a obrigação de todo estabelecimento psiquiátrico de manter um livro, rubricado pela Comissão Inspetora, em que constasse nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, cor, profissão, estado civil e residência do paciente internado, bem como a data da sua entrada, todos os documentos relativos à internação, e nome e residência das pessoas por ele responsáveis. Os artigos 16 e 17 ditavam a necessidade de manter e atualizar o prontuário médico, o qual deveria “especialmente, ressaltar a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis”.

Era previsto o pedido de alta do internado, feito por ele próprio, pela pessoa que pediu a internação, por familiares e por representantes legais, mas seu atendimento ficava subordinado à inexistência de situação de perigo para o internado ou terceiros e para a ordem pública. Divergências sobre a situação deveriam ser submetidas à Comissão Inspetora, salvo no caso de internação por decisão judicial (art. 19/21).

No plano terapêutico, as poucas disposições do Decreto resumiam-se à possibilidade de concessão de licença ao internado para beneficiá-lo com a experiência de reintegração no meio social ou familiar e com a influência curativa por mudança de clima, regime ou hábitos; para testar seu estado de cura definitiva pela sua colocação em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais; para precaver contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual; e devido a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico (art. 22).

Aos serviços de profilaxia mental foram atribuídas, pelo Decreto, funções de estudo das causas das doenças mentais e de difusão de conhecimentos de higiene preventiva. (art. 25, caput). Também a eles, pela seção de Assistência Social, cabia amparo e orientação aos egressos do sistema psiquiátrico, tenham sido internados ou não (art. 29). De cunho eugenista, havia disposições que previam exame de sanidade de estrangeiro que se destinasse ao território nacional e sua deportação, caso verificado ser portador de doença mental (art. 25, §§ 1º e 2º).

Entre as disposições de garantia aos direitos individuais dos internos estavam a obrigação do diretor do estabelecimento psiquiátrico de enviar mensalmente à Comissão Inspetora um boletim do movimento de entradas e saídas no mês anterior e de comunicar-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas na unidade (art. 24). Também estava prevista a possibilidade do doente mental, mantido em domicílio ou internado, por si ou por terceiros, reclamar a realização de um novo exame de sanidade mental (art. 30). Ainda, é de se ressaltar a proibição de violação de correspondência dos internos (art. 31).

O artigo 32 instituía a Comissão Inspetora, que deveria funcionar no Distrito Federal, com a composição de um juiz de direito, de um dos curadores de órfãos e de um psiquiatra, e nos Estados, constituída do Procurador da República, do juiz federal e de um psiquiatra ou de um médico especialista. O artigo atribuía à Comissão a função de zelar pelo fiel cumprimento dos dispositivos do decreto que visassem assegurar aos doentes o bem-estar,

a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal. Por fim, o artigo fixava multa, a ser imposta pela Comissão Inspetora, aos estabelecimentos particulares que violassem as disposições do Decreto, sem prejuízo de outras penalidades previstas no Código Penal e de cassação da autorização de funcionamento em caso de reincidência.

O Decreto nº 24.559/1934 somente veio a ser revogado expressamente pelo Decreto nº 99.678/1990 que, no entanto, não trouxe nenhuma disposição sobre a internação psiquiátrica. Seguiu-se, portanto, um vazio legislativo sobre a matéria que somente veio a ser preenchido pela Lei nº 10.216/2001 que instituiu as bases para a atual política pública de atenção em saúde mental. Para além desse papel fundamental, a Lei criou, também, um arcabouço jurídico em que o paciente figura como titular de vários direitos, inclusive relacionados à informação.

O paciente não somente tem direito de ser informado sobre seus direitos (art. 2º), como também tem direito ao sigilo de dados (art. 2º, IV); de ser esclarecido sobre seu tratamento e sobre a necessidade de sua internação (art. 2º, VII), de ter acesso a meios de comunicação (art. 2º, VI), de que o Ministério Público seja informado de sua internação (art. 8º, § 1º). Esse sistema de ampla circulação de informações busca reduzir o risco de o paciente ser esquecido intramuros, como tantas vezes aconteceu em passado não tão distante. A Lei também torna imprescindível o relatório médico circunstanciado que caracterize a necessidade de internação (art. 6º) e a concordância por escrito do paciente com a internação no caso de ser voluntária (art. 7º). Além disso, determina a alta a pedido do paciente na internação voluntária (art. 7º, PU) ou de familiar ou responsável, na involuntária (art. 8º, § 2º).

No que diz respeito ao conteúdo da atenção a ser prestada, a Lei elenca os direitos do usuário que o delineiam, especificamente: melhor tratamento disponível, preferencialmente em serviços comunitários e pelos meios menos invasivos, a ser prestado em estabelecimento de saúde mental (art. 2º, I, VIII e IX e art. 3º); recuperação da saúde pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (art. 2º, II e art. 4º, § 1º); proteção contra abuso e exploração (art. 2º, III); internação como medida excepcional e quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º, caput). Registre-se que a internação, se realizada, deverá incluir serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (art. 4º, § 1º) e respeitar os direitos previstos no art. 2º, sob pena de ser considerada asilar e, portanto, proibida (art. 4º, § 3º).

Na esteira da criação da comunicação da internação psiquiátrica involuntária (CIPI) pelo art. 8º, § 1º, sobreveio outra inovação, essa de natureza infra legal. Trata-se da criação da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPI), originariamente determinada pela Portaria MS/GM nº 2.391/2002 e atualmente prevista no art. 73 do Anexo V da Portaria de Consolidação MS nº 3/2017. A CRIPI, segundo a Portaria, deve ser multiprofissional, com a participação de médicos, outros profissionais da área da saúde e de representante do Ministério Público. Exorta a participação, também, “de representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares”.

3 A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMO DECORRÊNCIA DA PERSECUÇÃO PENAL

Alguns anos após a publicação do Decreto nº 24.559/1934 foi editado o Decreto-Lei nº 2.848/1940, que instituiu o Código Penal e trouxe disposições que tratavam do portador de doença mental como infrator da Lei penal. O Decreto-Lei os isentava de pena em caso de prática de ato de caráter criminoso (art. 22) e previa a possibilidade de aplicação a eles de medida de segurança (art. 76), dada a presunção de sua periculosidade (art. 78, II), que deveria consistir em internação em manicômio judiciário por tempo que variava em função da pena cominada ao fato praticado (art. 91).

Com a reforma penal operada pela Lei nº 7.209/1984, pequenas mudanças foram realizadas, mas manteve-se a inimputabilidade (art. 26) e a possibilidade de imposição de medida de segurança, que passou a poder ser de internação ou de tratamento ambulatorial (art. 96). O prazo de internação ou de tratamento foi definido como indeterminado, variando em função das necessidades curativas (art. 97). Com a reforma, o Código Penal assegurava o direito do internado de ser recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e de ser submetido a tratamento.

Ainda no plano criminal, calha mencionar que as várias legislações antidrogas que se sucederam trouxeram disposições sobre a internação de dependentes químicos. A primeira legislação específica antidrogas editada no Brasil foi o Decreto nº 4.294/1921, que criminalizava a venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados, além do consumo excessivo

de álcool. Em seu artigo 6º dispunha sobre a internação de dependentes de álcool ou substâncias entorpecentes.

O Decreto-Lei nº 891/1938, que o sucedeu, considerava a toxicomania uma doença sujeita a notificação (art. 27), com tratamento domiciliar vedado (art. 28). A internação para tratamento poderia ser obrigatória, quando provada sua necessidade ou a conveniência à ordem pública (art. 29, § 1º), ou facultativa, quando fosse solicitada (art. 29, § 3º). Em casos urgentes poderia ser feita pela polícia, desde que amparada por laudo médico (art. 29, § 4º) ou, ainda, ser determinada pelo juiz (art. 29, § 5º).

A internação deveria ser realizada “em hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar particular submetido à fiscalização oficial” (art. 29, § 6º), cabendo ao diretor do estabelecimento comunicá-la às autoridades sanitárias (art. 29, § 7º). Ainda, cabia ao diretor atualizar, quinzenalmente, o progresso do tratamento. A autoridade sanitária ficava incumbida de comunicar a internação à autoridade policial e ao representante do Ministério Público (art. 29, § 8º).

Em caso de solicitação, pelo toxicômano, de desinternação antes de concluído o tratamento e obtida a cura, o fato seria comunicado à autoridade sanitária que providenciaria sua transferência para outro estabelecimento (art. 29, § 9º). A alta deveria ser sempre comunicada à autoridade sanitária que a informaria à autoridade policial, “para efeito de vigilância” (art. 29, § 10º). A autoridade sanitária era incumbida de acompanhar e fiscalizar o tratamento (art. 29, § 11). Era obrigatório para o estabelecimento manter registro da história clínica e do tratamento (art. 29, § 12). Previa-se a possibilidade de o toxicômano recorrer ao Judiciário caso, julgando-se curado, fosse mantido internado (art. 29, § 13). Eram previstas penalidades aos estabelecimentos que descumprissem as disposições (art. 29, §§ 14 e 15).

Os artigos 30 e 32 regulavam a internação por determinação judicial, valendo citar a necessidade de as decisões, sejam pela internação, sejam pela alta, serem precedidas da avaliação do caso por peritos. Assegurava-se a possibilidade de indicação de perito pelo representante do Ministério Público, em complemento àquele nomeado pelo juiz, e a intervenção de curador à lide, em defesa dos interesses do internado, caso não se lhe constituísse advogado, podendo qualquer desses indicar perito. Ademais, assegurava-se a oitiva do representante do Ministério Público, sob pena de nulidade.

A Lei nº 6.368/1976, trouxe nova regulamentação sobre o assunto. A minudência do DL nº 891/1931 foi abandonada e a Lei limitou-se a estabelecer que, reconhecida a dependência química, cabia ao juiz ordenar a submissão a tratamento médico, inclusive mediante internação, se necessária ou se o interno frustrar tratamento ambulatorial ou tornar a ser processado (art. 10 e 29). A Lei nº 10.409/2002 acrescentou que “o tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família” (art. 12, § 1º). Além disso, instituiu base para a política de redução de danos (art. 12, § 2º). Também estabeleceu a necessidade de se informar ao juízo, caso solicitado, mensalmente, o “estado de saúde e recuperação do paciente”.

Por fim, a nova legislação sobre a política antidrogas, a Lei nº 11.343/2006, com as alterações promovidas pela Lei nº 13.840/2019, aproximou a internação de dependente químico das diretrizes trazidas pela Lei nº 10.216/2001. Dispõe que o juiz pode determinar o encaminhamento do agente a tratamento médico, que deverá ocorrer, prioritariamente, de forma ambulatorial. Estabelece que a internação, caso necessária, será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais dotados de equipes multidisciplinares, mediante prescrição médica, e somente quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.

Ademais, a Lei exige que a internação seja comunicada, em 72 horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, via sistema informatizado único. Veda a internação em comunidades terapêuticas acolhedoras e exige projeto terapêutico individual, avaliação prévia por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial; e plano individual de atendimento (art. 23-A e 23-B).

4 TRANSFORMAÇÕES DOS PARADIGMAS DE ASSISTÊNCIA

Com apoio em Khun (2007), pode-se afirmar que o paradigma é, essencialmente, um conceito contingente. Forma-se a partir de consensos estabelecidos em uma comunidade científica, durante algum tempo, a respeito de modelos de problemas e soluções. A abordagem do transtorno mental nos últimos duzentos tem se caracterizado por uma alternância de paradigmas. Isso é observado nas mudanças graduais pelas quais passam não somente as

perguntas feitas a respeito de seu conceito e de suas causas, como também as respostas apresentadas.

Conforme útil divisão didática proposta por Aguiar e Ortega (2017), os vários modelos de abordagem que se sucederam podem ser classificados segundo dois grandes paradigmas ou vertentes, o moral/humanista e o fisicalista/biológica. Esse enquadramento, sem pretensão de apresentar as vertentes como monolíticas, serve para apontar, ao menos, um arcabouço teórico-metodológico comum. De acordo com os mencionados autores, é possível observar que, após predomínio do modelo moral/humanista a partir do fim do século XVIII, a ascensão do modelo fisicalista/biológico ao término do século XIX, o renascimento da vertente moral/humanista a partir de meados do século XX, assiste-se, desde o final do século XX, ao ressurgimento da visão fisicalista/biológica, que tende a buscar uma causa para o transtorno mental em fatores desencadeadores de mau funcionamento cerebral (Corbisier, 2000; Aguiar e Ortega, 2017).

Tudo tem ocorrido sem que se possa, rigorosamente, afirmar que essas alternâncias correspondam à descrição de revolução científica, tal qual conceituada por Khun (2007). É que esses paradigmas, excluindo-se as posições mais extremas de cada qual, não operam pela exclusão absoluta da visão oposta. Ainda que reivindicuem para si um papel de preponderância, tendem a admitir ao menos uma parte das explicações propostas pela corrente de pensamento rival.

As alterações legislativas no país, conforme se procurou demonstrar, vieram ocorrendo em resposta a essas mudanças culturais na abordagem da loucura. Nesse contexto, a Lei nº 10.216/2001 representou a transposição para o mundo jurídico de um modelo que se insere na vertente moral/humanista, especificamente o modo psicossocial, de forte influência basagliana.

A proposta psicossocial, de acordo com seus pensadores, parte do pressuposto de que os elementos que levam ou podem levar ao transtorno mental são intrínsecos ao indivíduo e, como tal, devem ser por ele administrados. Não devem, portanto, ser eliminados a qualquer custo, mas considerados parte da própria existência. Além disso, o indivíduo é considerado em seu pertencimento a um grupo familiar e social, o que leva a que integrantes mais próximos sejam chamados a participar do tratamento. Os recursos de que se vale são a psicoterapia, a

socioterapia, a laborterapia, entre outros mais voltados à reintegração sociocultural, além da própria medicação (Costa-Rosa, 2000).

O que se busca é o “reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer, por um lado, também como um dos agentes implicados nesse 'sofrimento'; por outro, como um agente da possibilidade de mudanças” (Costa-Rosa, 2000, p. 155). São diretivas do modelo a busca da desinstitucionalização, da desmedicalização e da implicação subjetiva e sociocultural do indivíduo em seu tratamento. Assim, se opõe, à hospitalização, à medicalização e à objetificação, elementos considerados constitutivos do modelo asilar (Costa-Rosa, 2000).

Convém repetir que quando se menciona a classificação em moral/humanista e fisicalista/biológica não se busca tentar reduzir todas as especulações teóricas e as práticas de tratamento a respeito do transtorno mental a um dos dois modelos. A divisão proposta tem muito mais intuito didático do que rigorosamente descritivo. É, na verdade, uma busca por se estabelecer tipos-ideais que, mesmo que não esgotem todas as particularidades das diferentes abordagens, ao menos condensem certas características essenciais comuns a ponto de tornar-se possível, via redução da complexidade, um esforço analítico mínimo.

Nos extremos dos paradigmas podem ser encontradas abordagens que reduzam todo o transtorno mental a uma disfunção cerebral (Diniz, 2025, p. 27) ou que, por outro lado, defendam tratar-se, ao fim e ao cabo, das decorrências de uma condição social e não natural (Amaral, 2025, p. 112). É mais comum, no entanto, que a distinção resida mais na ênfase com que se adota uma ou outra abordagem do que na opção por uma ou outra em seu estado puro. Nessa perspectiva, tanto profissionais que desenvolvem abordagens segundo o modelo psicossocial admitem que a farmacologia e a conseqüente manipulação química do cérebro podem trazer benefícios aos pacientes (Corbisier, 2000, p. 291), como aqueles que trabalham no modelo biológico reconhecem a influência dos fatores sociais e pessoais no sofrimento psíquico (Diniz, 2025, p. 29).

Seja como for, conforme já mencionado, nas últimas décadas assiste-se a um aumento de influência da abordagem biológica. Funcionam como impulsionadores dessa tendência, entre outros fatores, a propagação da ideia de que muitos pacientes têm a se beneficiar pela utilização dos recursos farmacológicos disponíveis e a crescente divulgação de

estudos científicos no campo da neurociência que apresentam causas eminentemente biológicas para os distúrbios que acometem o psiquismo.

Isso não se dá sem críticas e ressalvas, que partem, inclusive, de profissionais da medicina, vistos, geralmente, como alinhados ao paradigma biológico. Pontuam os críticos que existem interesses os mais variados a dar sustentação a essas tendências. Além do óbvio interesse da indústria farmacêutica na venda de seus produtos, existem outros interesses econômicos menos conhecidos, como a competição entre os cientistas por financiamentos de suas pesquisas e, relacionadas a isso, as pressões por transnacionalidade das pesquisas financiadas. Soma-se a necessidade de contínua produção científica, ilustrada pelo conhecido aforisma “publique ou pereça”, e os *lobbies* feitos por pacientes e seus familiares em favor de políticas públicas para dispensação de medicamentos (Diniz, 2025; Amaral, 2025).

Necessário destacar, a bem de contribuir para uma visão exploratória mais abrangente da controvérsia que existe na temática, que há críticas contundentes ao modelo psicossocial, tido por alguns como politicamente instrumentalizado, carecedor de evidências de eficiência como ferramenta de tratamento e deficiente na relação custo-benefício, além de, no limite, dada a intensidade do discurso antipsiquiátrico que veicula, potencialmente fragilizador das políticas públicas de atenção na área, particularmente na disponibilização de leitos para o tratamento dos que necessitam (Amaral, 2025; Gentil, 2022).

Como se a complexidade do tema fosse pouca, agregue-se, ainda, que questões como diagnóstico psiquiátrico e tratamento farmacológico permanecem bastante desafiadoras. As várias tentativas de se encontrar marcadores biológicos, neuroquímicos ou genéticos, que pudessem nortear a diagnose não se mostraram conclusivas. O DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e o CID (Código Internacional de Doenças), que seguem funcionando como guias para o exercício da psiquiatria, não conseguem enquadrar toda a diversidade do sofrimento psíquico. Os medicamentos disponíveis apresentam resultados limitados, aquém de proporcionar o sucesso no tratamento que a indústria propaga. Não obstante tudo isso, esses são, muitas vezes, os recursos disponíveis a quem precisa de tratamento. Além disso, são elementos estruturantes não somente da política pública de atenção como também para o custeio de planos de saúde (Diniz, 2025; Amaral, 2025).

Aprofundar a análise dessas questões, apesar da indiscutível relevância de todas elas, demandaria esforço e espaço tais que um estudo específico seria necessário. O escopo do

presente estudo, por seu turno, pode ser alcançado sem a necessidade de se perfilhar, passo a passo, esse árduo caminho. No entanto, uma visão panorâmica dos argumentos que sustentam o debate não poderia deixar de ser provida, sob pena de se pecar pela omissão da indicação dos grandes interesses, de toda ordem, que se encontram em jogo.

Fechado esse parêntese sobre o intenso debate acerca do modelo de abordagem ao transtorno mental e seu tratamento, é oportuno avançar para assinalar que, se há uma transição do paradigma vigente em direção ao fisicalismo/biológico, ela vem esbarrar em um modelo legal posto, o do modo psicossocial, que se nutriu fartamente, em sua elaboração, de concepções diversas, quando não opostas, dessa nova *weltanschauung*. Essa dissonância tem levado a conflitos e as pressões deles resultantes, ao menos no plano normativo, acabam encontrando vias de escape em inovações infralegais e em decisões administrativas de alocação de recursos (Maestrello, 2023).

Seja como for, é preciso reconhecer que apesar do modo psicossocial ter sido a opção norteadora do atendimento em saúde mental, isso jamais significou o abandono da abordagem biológica. A Lei nº 10.216/2001 admite claramente a utilização de recursos hospitalares, ainda que subsidiariamente. Ademais, a estrutura de atenção foi concebida com a previsão de profissionais médicos, inclusive nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atendendo consultas e prescrevendo medicamentos de ação psicotrópica, os quais podem, conforme constem das relações oficiais, ser fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Agregue-se a tudo isso que a parte do projeto-de-lei apresentado em 1989 que previa a extinção dos hospitais psiquiátricos não foi aprovada pelo Congresso Nacional e, portanto, não se converteu em Lei.

Disso tudo resulta que o modelo de atenção ao paciente com transtorno mental existente no país caracteriza-se pela hibridez. Em graus variados na imensa diversidade de realidades que se observa no país, convivem e se complementam o modo psicossocial e o atendimento médico, ainda que, a excepcionalidade da internação seja uma clara opção legislativa que, como tal, orienta a política pública na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nem sempre a abundância de disposições e sua minudência são suficientes para a proteção adequada dos bens jurídicos. Observa-se, para ilustrar, que quando confrontados os mecanismos legais de fiscalização e de controle das internações psiquiátricas previstos no Decreto nº 24.559/1934 e na Lei nº 10.206/2001, é visível que o primeiro continha um número muito maior de disposições quanto ao assunto e era bastante mais minucioso em suas prescrições. Uma comparação meramente quantitativa entre ambos poderia transmitir a aparência, enganadora, de o Decreto ser mais protetivo do que a Lei.

Conforme foi apresentado, instrumentos jurídicos de fiscalização das internações psiquiátricas existem há quase 200 anos. Isso, no entanto, não serviu para evitar abusos e violações de direitos pois, cabe lembrar, a situação manicomial verificada no Brasil ao longo do século XX se deu à sombra das disposições do Decreto nº 24.559/1934. Essas disposições, por mais detalhadas que fossem, não foram suficientes para impedir o quadro de desastre humanitário observado em vários estabelecimentos psiquiátricos país afora. Isso ocorreu porque o paradigma que regia o tratamento da loucura à época possuía um claro viés autoritário e negava aos pacientes a condição de pessoas autônomas e implicadas em seu próprio tratamento.

Na medida em que o ordenamento jurídico via os pacientes como objetos de tutela e não como titulares de direitos, os mecanismos de fiscalização das internações nele contidos naturalmente reproduziam essa visão. Funcionavam, se é que acionados, voltados para si mesmos, de maneira meramente formal e burocrática. Na prática, serviam apenas para referendar o ato médico da internação e para contribuir para a perpetuação do processo de institucionalização psiquiátrica do paciente.

No direito, a compreensão do paradigma legal vigente é crucial para se extrair a máxima efetividade dos dispositivos normativos que regulamentam determinada matéria. A reforma psiquiátrica trazida pela Lei nº 10.2156/2001 propõe um paradigma de tratamento e a opção feita é, prioritariamente, pelo modo psicossocial. Nele, a internação é medida excepcional, o que impõe que sua fiscalização funcione como um instrumento para garantir a observação, na prática, dessa opção legislativa.

Em outras palavras, a fiscalização da internação psiquiátrica deve ser desempenhada à vista do modelo de assistência em saúde a que ela serve, afinal, fiscalizar é,

em última análise, assegurar que o caminho que vem sendo trilhado é aquele que vai permitir chegar ao fim pretendido. Nesse aspecto, é essencial que o controle sobre a internação seja exercido de modo a garantir que ela venha a ser realizada apenas quando os recursos extra-hospitalares resultarem insuficientes e, de todo modo, sempre em absoluto respeito aos direitos da pessoa internada, no espírito do modelo psicossocial.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Marcela Peralva; ORTEGA, Francisco Javier Guerrero. Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. **Physis**; 27(4): 889-910, Out.-Dez. 2017. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-895620>. Acesso em: 29 jun. 2025

AMARAL, Olavo. Meu cérebro e eu. In: **Na saúde e na doença: A medicina entre a ciência e a vida real**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2025.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** / Renata Corrêa Britto. Rio de Janeiro : s.n., 2004. 210p., ilus. Disponível em https://app.uff.br/slab/uploads/A_Interna%C3%A7%C3%A3o_Psiqui%C3%A1trica_Involunt%C3%A1ria_e_a_Lei_10.216_01_.Reflex%C3%B5es_acerca_da_garantia_de_prote%C3%A7%C3%A3o_aos_direitos_da_pessoa_com_transtorno_mental_.pdf. Acesso em: 13 jun. 2025

CORBISIER, Cláudia. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, Paulo (org). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 279-299. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-14.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2025.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168.

DEL CONT, Valdeir. Francis Galton: eugenia e hereditariedade . **Scientiae Studia**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 201–218, 2008. Disponível em: <https://revistas.usp.br/ss/article/view/11129>.. Acesso em: 29 jun. 2025.

DINIZ, Juliana Beo. **O que os psiquiatras não tem contam**. São Paulo: Fósforo, 2025.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, v. 1 n. 18, 2012. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235>. Acesso em: 28 jun. 2025

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

GENTIL, Valentim. A psiquiatria no sistema de saúde. In: NARDI, Antônio Egídio; SILVA, Antônio Geraldo da; QUEVEDO, João (org.). **Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. “Movimento Higienista” na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. **ConScientiae Saúde**, [S. l.], v. 1, p. 47–52, 2008. DOI: 10.5585/conssaude.v1i0.170. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/170>. Acesso em: 28 jun. 2025.

HENRIQUES, Rogério Paes. De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 2009, 12(2), 285-302. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/5LNc537y53fc78vhYDRHffN>. Acesso em: 29 jun. 2025

KHUN, Thomas. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2007

MAESTRELLO, Muriel Chahud. Análise da Lei nº 10.216/2001 e o avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 28, n. 7216, 4 abr. 2023. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/102700>. Acesso em: 28 mai. 2025.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo e DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000;22(4):178-9. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbp/a/wzF5QyZ7pVvVVF5VqRHwSHf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2025

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo e DALGALARRONDO, Paulo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, n. 1, p. 128-141, mar/2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/kKkby7Ln9Tr5FQqwrS4cm7S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 29 jun. 2025

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, n. 3, p. 113-116, set/2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/rXNVvsX6rzFsX3wpVYdB4Lj/?lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2025

SCHECHTMAN, Alfredo e ALVES, Domingos Sávio. Organização da Política de Saúde Mental. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (org.) **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2014.

SILVA, Guilherme Bertassoni e HOLANDA, Adriano Furtado. Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930). **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, [S. l.], v. 27, p. 127–142, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6512>. Acesso em: 29 jun. 2025.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pínel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540–560, 2019. DOI: 10.12957/epp.2019.44288. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/44288>. Acesso em: 22 jun. 2025.

Submetido em 30.08.2025

Aceito em 18.12.2025