

*Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Ciências Médicas*



**O Brasil sob a lente dos Direitos Humanos:
análise do conteúdo da lei 10.216/2001**

Barbara Coelho Vaz

Dissertação de Mestrado em Saúde Mental Internacional

Orientador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Coorientador: Prof^a. Dr^a. Graça Cardoso

2015

BARBARA COELHO VAZ

**O Brasil sob a lente dos Direitos Humanos: análise do
conteúdo da lei 10.216/2001**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Mental Internacional (International Master in Mental Health Policy and Services).

Orientador: Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as histórias de vida não contadas e apagadas pelo tempo de pessoas em sofrimento mental que a Lei 10.216/01 não conseguiu proteger das atrocidades do próprio Estado democrático de direito brasileiro.

AGRADECIMENTOS

A meus pais e irmão que me fizeram pessoa, em especial minha Mãe que corrigiu, participou e se dedicou a cada parágrafo deste trabalho.

Ao marido Bruno, pela compreensão e parceria na vida. À Bruna, minha filha, pela inspiração e amor incondicional.

A minha tia Florianita pela convivência e contribuição diária na minha formação profissional e pessoal.

Ao Roberto Tykanori pela sabedoria, parceria e confiança. À Fernanda Nicácio pela troca, disposição e afeto. A cada amigo que foi ou é da equipe da Coordenação-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde pelos debates, conhecimentos, risos e experiências vividas.

À Universidade Nova de Lisboa, especialmente os professores do Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental pela competência no favorecimento da troca de conhecimento. Carinho todo especial à secretária Sónia Tavares pela disponibilidade.

Em especial, à Professora Graça Cardoso, pelo empenho e parceria na construção deste estudo.

Ao Professor Pedro Gabriel Delgado, que acreditou na minha ideia, dispondo-se a ser meu orientador neste trabalho, dedicando seu tempo em orientação.

Ao Deputado Paulo Delgado pela atenção especial a este estudo e também por todos os anos de defesa pela reforma psiquiátrica brasileira.

Àqueles que participaram da pesquisa, que compartilharam comigo a sua experiência e parte do seu tempo para debater no grupo focal.

RESUMO

VAZ, B.C. **O Brasil sob a lente dos Direitos Humanos: análise do conteúdo da lei 10.216/01**. 2015. 130f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2015.

O Brasil em 2001 aprovou a Lei de Saúde Mental, n° 10.216, e vem implantando um conjunto de regulamentações focado na atenção integral à saúde e nos Direitos Humanos. Esta pesquisa descritiva tem como intuito conhecer e identificar o conteúdo desta lei, objetivando analisar a abrangência e adequação desse conteúdo a partir do *Checklist* da OMS (2005) destinado a assegurar os Direitos Humanos assinados em protocolos internacionais. Para tal, um grupo focal foi constituído com diferentes atores envolvidos com a saúde mental no Brasil, em dois encontros, com até duas horas cada. O grupo realizou um debate sobre o conteúdo da Lei 10.216/01, o *Checklist* foi o roteiro e norteador dos debates, tendo sido considerado minuciosamente cada ponto de checagem da lei. Ao final, buscou-se uma resposta-consenso do grupo a cada item. Optou-se ainda por observar outros dois dados complementares: os discursos públicos do deputado Paulo Delgado e a as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. A apreciação dos dados foi conduzida por meio de análise de conteúdo, pela qual foi possível identificar 16 temas (a partir dos 27 itens do *Checklist*) e organizá-los em quatro categorias de análise: Teórico-Conceitual, Técnico-Assistencial, Jurídico-Político e Sociocultural. Ficou evidente que o conteúdo da Lei, em geral, está adequado por conseguir operar e sustentar boa parte das questões da Saúde Mental no Brasil. O texto em si garante e promove os direitos das pessoas com sofrimento mental. Foi possível identificar recomendações para a gestão federal, movimento social e outros atores, tanto para aplicar e interpretar coerentemente a Lei quanto para qualificar a legislação que se desdobra a partir dela. Ficou evidente a importância da *CRPD – Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, cuja aplicação à saúde mental tem sido pouco debatida no Brasil.

Palavras-Chave: saúde mental; legislação de saúde mental; direitos humanos.

ABSTRACT

VAZ, B.C. **Brazil under the lens of Human Rights: content analysis of the law 10.216/01.** 2015. 130p. Dissertation (Masters) – Faculty of Medical Sciences, New University of Lisbon, Lisbon, 2015.

In 2001 Brazil approved the Mental Health Law, number 10.216 and has been implanting, a group of regulations focused on the attention to health and Human Rights. This descriptive research intends to get to know and identify the contents of the above mentioned law, in order to analyze its scope and conformity to the OMS' Checklist (2005) in assuring the Human Rights signed in international protocols. For such a proposition, a focal checking group was formed by different actors involved in mental health in Brazil, in two meetings, during average to two hours each. The group has realized a debate on the contents of the Law 10.216/2001, the Checklist from OMS, was the script and the north for the debates considering each check point of the law. At the end, a consensual group answer was given to each of the items on the checklist. Decided to observe two other complementary data: the public speeches by Deputy Paulo Delgado and the recommendations of the IV National Conference on Mental health. The Data appreciation, conducted through the analysis of the contents: it was possible to identify 17 themes (based on the 27 items on the Checklist) and organize them into four categories: Theoretical-Conceptual, Technical-Assistance, Legal-Politics and Sociocultural. It is clear that generally the law's content is adequate; it can operate and sustain a big part of the mental health issues in Brazil. The text itself ensures and promotes the rights of the ones with mental disorder. It was possible to identify recommendations for the federal management, social movement and other actors, both to apply and interpret the law consistently as to qualify the legislation that unfolds from it. It was evident the importance of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities-CRPD, whose application to mental health have been little debated in Brazil.

Key-Words: mental health; mental health legislation; human rights.

RESUMEN

VAZ, B.C. Brasil a través de la lente de los Derechos Humanos: análisis de contenido de la ley 10.216/01/200. 2015. 130f. Tesis (Maestría) – Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nueva de Lisboa. 2015.

En 2001 se aprobó en Brasil la Ley de Salud Mental N ° 10.216 e implementar un sistema de regulaciones que se centró en la atención integral a la salud y los derechos humanos. Este estudio descriptivo tiene la intención de conocer e identificar el contenido de esta ley, con el objetivo de analizar el alcance y pertinencia del contenido en relación con el checklist de la OMS (2005) para garantizar los Derechos Humanos firmados en protocolos internacionales. Con este fin, se formó un grupo de discusión con diferentes actores involucrados con la salud mental en Brasil en dos reuniones, con una duración media de dos horas cada reunión. El grupo llevó a cabo un debate sobre el contenido de la ley 10.216/2001, lo Checklist de la OMS, fue el guión de los debates considerando cuidadosamente cada punto de control en la ley. Al final, se fue dada una respuesta de común acuerdo del grupo para cada punto del Checklist. Decidió observar dos otros datos complementarios: los discursos públicos del el congresista Paulo Delgado y las recomendaciones de la IV Conferencia Nacional sobre Salud Mental. La evaluación de los datos se realizó mediante el análisis de contenido, a través del cual fue posible identificar 16 temas (desde los 27 elementos de lista de verificación) y organizarlos en cuatro categorías análisis Teórico y Conceptual, Asistencia Técnica, Legales-Políticos y Socio-Culturales. Resultó evidente que el contenido de la ley en general está adecuado, pues si puede operar y mantener la mayor parte de los problemas de salud mental en Brasil. El texto en sí garantiza y promueve los derechos de las personas con trastornos mentales. Fue posible identificar recomendaciones para la administración federal, movimiento social y otros actores, tanto para aplicar e interpretar la ley constantemente en cuanto a calificar la legislación que se despliega a partir de él. Era evidente la importancia de Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad-CDPD, cuya aplicación a la salud mental han sido poco debatido en Brasil.

Palabras clave: salud mental; los derechos humanos; legislación sobre salud mental.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 –	Mapas de cobertura de CAPS no Brasil	30
Ilustração 2 –	Componentes e Pontos de Atenção da RAPS	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Participante do Grupo Focal	50
Tabela 2 –	Itens <i>Checklist versus</i> temas de análise	55
Tabela 3 –	Temas de Análise <i>versus</i> Categorias de Análise	57
Tabela 4 –	Tema 1. Dados do Grupo Focal	60
Tabela 5 –	Tema 1. Respostas <i>Checklist</i> Grupo Focal	61
Tabela 6 –	Tema 1. Dados Complementares Discursos Deputado	64
Tabela 7 –	Tema 1. Unidade de semelhança entre os Dados	65
Tabela 8 –	Tema 5. Dados do Grupo Focal	68
Tabela 9 –	Tema 5. Respostas <i>Checklist</i> Grupo Focal	69
Tabela 10 –	Tema 5. Dados Complementares Discursos Deputado	75
Tabela 11 –	Tema 5. Unidade de Semelhança entre Dados	76
Tabela 12 –	Tema 3. Dados do Grupo Focal	80
Tabela 13 –	Tema 3. Respostas <i>Checklist</i> Grupo Focal	81
Tabela 14 –	Tema 3. Dados Complementares Discursos Deputado	83
Tabela 15 –	Tema 3. Unidade de Semelhança entre Dados	84
Tabela 16 –	Tema 4. Dados do Grupo Focal	86

Tabela 17 –	Tema 4. Respostas <i>Checklist</i> Grupo Focal	87
Tabela 18 –	Tema 4. Dados Complementares Discursos Deputado	89
Tabela 19 –	Tema 4. Unidade de Semelhança entre Dados	89
Tabela 20 –	Tema 12. Dados do Grupo Focal	92
Tabela 21 –	Tema 12. Respostas <i>Checklist</i> Grupo Focal	93
Tabela 22 –	Tema 12. Dados Complementares Discursos Deputado	94
Tabela 23 –	Tema 12. Unidade de Semelhança entre Dados	95
Tabela 24 –	Tema 13. Dados do Grupo Focal	97
Tabela 25 –	Tema 13. Respostas <i>Checklist</i> Grupo Focal	97
Tabela 26 –	Tema 13. Dados Complementares Discursos Deputado	98
Tabela 27 –	Tema 13. Unidade de Semelhança entre Dados	99

LISTA DE SIGLAS

CF – Constituição Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

OPAS- Organização Panamericana de Saúde

SIDH – Sistema Internacional de Direitos Humanos

OEA – Organização dos Estados Americanos

NBDHSM – Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CISM – Comissão Intersetorial Saúde Mental

CNS – Conselho Nacional de Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

PVC – Programa de Volta para Casa

PNASH – Programa Nacional de Avaliação Serviços Hospitalares

RAS – Rede de Atenção à Saúde

QR – *Quality Rights*

CRPD – *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*

ONU – Organização das Nações Unidas

DUDH – Declaração Universal de Direitos Humanos

PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos

CIF – Classificação Internacional das Funcionalidades

MS – Ministério da Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	III
AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO	V
ABSTRACT.....	VI
RESUMEN.....	VII
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	VIII
LISTA DE TABELAS	VIII
LISTA DE SIGLAS	IX
SUMÁRIO	XI
CAPÍTULO 1 - Apresentação	13
Fundamentos	13
Justificativa	18
Objetivo Geral.....	20
Objetivos Específicos.....	20
CAPÍTULO 2 – Contextualização histórica.....	21
A Reforma Psiquiátrica Brasileira-RPB vista por seus atos normativos.....	21
Primeira grande fase da RPB (1978–1992).....	22
Segunda grande fase da RPB (1992-2001).....	26
Terceira fase: depois da lei (2001 em diante).....	29
CAPÍTULO 3 - Considerações gerais sobre a legislação brasileira e o Sistema Internacional de Direitos Humanos.....	36
A construção dos direitos na Lei de saúde mental	38
Direitos Humanos e saúde mental no Brasil	39
A Declaração Universal dos Direitos Humanos-DUDH.....	41
Convention on the Rights of Persons with Disabilities-CRPD	42
CAPÍTULO 4 - Percorso Metodológico	44
Metodologia Qualitativa.....	45
Trabalho de Campo.....	46
Grupo Focal (GF).....	47
Discursos do Deputado Paulo Delgado.....	50
Recomendações da IV CNSM.....	51

Análise de Conteúdo	52
Compartilhamento dos Resultados.....	54
Aspectos Éticos da Pesquisa	54
Declaração de Conflitos de Interesse	54
CAPÍTULO 5 - Análise e Discussão dos Dados.....	55
I. CATEGORIA: Teórico-Conceitual.....	59
II. CATEGORIA: Técnico-Assistencial	66
III. CATEGORIA: Jurídico-Política	77
IV. CATEGORIA: Sociocultural	97
CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	105
Fontes Documentais	105
Fontes Bibliograficas	105
ANEXOS	116
LEI 10.216/01.....	116
CHECKLIST DA OMS	119

CAPÍTULO 1 - Apresentação

Fundamentos

Ela é uma lei social, a mais ampla e incompreendida da medicina, que envolve o maior número de pessoas na sociedade – usuário, técnicos, críticos, adeptos, entusiastas e pessimistas. Uma lei da medicina, se esta for vista como a mais social e comunitária das ciências, quando se orienta pela atenção preventiva, curativa, reabilitadora, continuada, personalizada e participativa.¹(p. 4703).

Há tempos a humanidade já reconhecia a legislação como um mecanismo fundamental para a organização das sociedades, devido à complexidade da estrutura social. Por essas e outras, desde a pré-história, antes mesmo do surgimento das civilizações, o homem já formulava leis, códigos, contratos, regulamentações para melhorar o convívio entre as pessoas. Com o surgimento da escrita permitiu-se que o homem passasse a registrar seus acordos, códigos e leis e os tornassem públicos.

Sabe-se que códigos de leis existem desde a Antiguidade, sendo o código de Hamurabi, Rei Assírio do século IV antes de Cristo, o mais antigo de que se tem notícias. A história antiga registra ainda o Direito romano e as leis que definiam a cidadania na Grécia antiga, ambas legislações que exerceram grande influência no mundo ocidental.² (p. 21).

É fato que cada civilização, sociedade e grupos estão em constantes transformações. Consequentemente, devemos considerar que a legislação precisa ser dinâmica, acompanhar e adaptar-se aos processos de desenvolvimento e mudanças da sua sociedade.³

No Brasil, não é diferente, a dinâmica da população implica em reais e necessárias alterações de seu sistema de legislação. Por isso o legislativo atualiza cotidianamente as leis que regem o país. E, os três poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário, utilizam-se delas no processo da gestão federal.

Aqui, uma Lei é um ato normativo que procede do Poder Legislativo (composto pela Câmara dos Deputados e Senado que representam a população e o estado pelo qual foi eleito) e são sancionadas pelo Poder Executivo, que no nível Federal é representado pelo Presidente da República. O sistema Legislativo do Brasil conta ainda com **Decretos**: atos administrativos vindos do poder executivo; **Portarias**: documentos

expedidos por autoridades administrativas governamentais, como Ministros, Secretários, entre outros, para dar instruções sobre a aplicação da lei, a operacionalização, organização, financiamento, programas e cadastramento de serviços nas três esferas de governo; **Resoluções e Deliberações:** soluções e diretrizes providas de órgãos de colegiados, conselhos, assembleias entre outros.⁴

Ao longo da história brasileira encontramos grandes feitos no legislativo que, via de regra, são resultados da combinação de lutas sociais e o compromisso dos parlamentares com a sua representatividade social. Um bom exemplo é a Constituição Federal-CF de 1988, sendo ela hoje a lei fundamental e suprema do país, estando no topo do ordenamento jurídico.

A CF possui um capítulo dedicado à saúde, sendo ele descrito na seção II, sob o lema: “Saúde direito de todos, dever do Estado”, apresentando princípios tais como: as necessidades individuais e coletivas passam a ser de interesse público, a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal, acesso igualitário dos usuários aos serviços, os serviços devem ser hierarquizados e sua gestão ser descentralizada. Desta forma o sistema criado deve ser custeado, essencialmente, por recursos governamentais da União, Estados e Municípios em um esforço tripartite.⁴

Um ponto importante da CF é a definição do conceito de saúde que incorpora novas dimensões. Assim, para ter saúde é necessário ter acesso a um conjunto de fatores, como: moradia, educação, alimentação, emprego, lazer, entre outros.⁴

Outro grande marco no legislativo, também caracterizado por ser uma conquista social, é a Lei Federal nº 8080/90.⁵ Conhecida popularmente como a Lei do Sistema Único de Saúde–SUS que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Ainda, busca definir os papéis institucionais de cada esfera do governo na gestão do sistema, a estrutura de financiamento e as regras de transferência dos recursos entre os entes federados.⁵

Diante disso, a lei do SUS tem o papel de assegurar o direito à saúde seguindo seus princípios de universalidade, igualdade, liberdade, garantindo acesso e tratamento adequado, nos três níveis de atenção.⁵

O direito à saúde ainda é questionado em sua extrema aplicação, uma vez que o SUS ainda esbarra muito na qualidade do atendimento prestado pelo próprio Estado. Por isso, hoje vivemos o fenômeno da judicialização da saúde, ou seja, o cidadão, por não ter seu direito garantido nos serviços, busca a justiça comum para requerê-lo.

O direito à saúde é um direito intimamente vinculado à solidariedade estatal, e, para além deste vínculo, um direito profundamente ligado à cidadania. Cada indivíduo, vivendo no território de um Estado, é cidadão deste Estado e tem direito à saúde. Esta concepção do “direito à saúde” é consequência da evolução do próprio conceito de “direito”, pois como o direito de votar ou ser eleito, o “direito à saúde” foi progressivamente estendido para toda a sociedade civil, produzindo todos os efeitos vinculados à cidadania.⁶(p. 33).

Especificamente na saúde mental, em meados dos anos 1990, um coletivo de ativistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira-RPB junto com o deputado Paulo Delgado construíram o texto inicial da Lei 10.216/01⁷, que contemplaria direitos e formas de cuidado em liberdade. É o começo da luta da saúde mental no campo jurídico.⁸

A Lei 10.216/01⁷ também tem o papel de assegurar o direito à saúde, entretanto foca numa população vulnerável dispendo sobre uma política específica, dá diretrizes de atenção, define responsabilidades e inclui o controle social como ator fiscalizador.

No cenário internacional o Brasil também assumiu compromissos no campo do direito à saúde e saúde mental. A primeira iniciativa na América latina e Caribe foi a Declaração de Caracas.⁹ Este documento internacional é o compromisso dos países signatários de transformar suas instituições psiquiátricas e a prática do cuidado na saúde mental.

A proposta partiu da Organização Panamericana de Saúde-OPAS, que organizou uma conferência regional sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, ao final elaborou-se o texto da Declaração. De lá pra cá tornou-se um símbolo de esperança, pois colocou a pauta na agenda internacional mesmo que muitos estados membros ainda não tenham cumprido as metas estabelecidas.¹⁰

A Declaração de Caracas celebra o pacto de boas práticas e impulsionou e fortaleceu as ações de Atenção Psicossocial nos países signatários. Podemos considerar a declaração como um marco no campo legislativo e de Direito Humano, que reuniu esforços de diferentes países e configurou-se como um dos primeiros instrumentos internacionais específicos da saúde mental.

Embora o Brasil já tenha todo o aparato e instrumentos jurídicos citados acima, ou seja, atos normativos que asseguram o tratamento digno em liberdade e também seja signatário do Sistema Internacional de Direitos Humanos-SIDH, isto ainda não é suficiente para impedir práticas opressoras e violentas dentro das instituições psiquiátricas brasileiras. A situação mais delicada vivenciada no Brasil foi a condenação do Estado brasileiro na Organização dos Estados Americanos-OEA, mais especificamente na Corte Interamericana de Direitos Humanos, caso conhecido como “Damião Ximenes”.

Considerado hoje como um fato histórico essa condenação abalou boa parte da opinião pública sobre o papel e a oferta de cuidados prestados nos hospitais psiquiátricos. A condenação é usada como ato de reflexão em diferentes países, servindo de exemplo de atuação para as outras cortes e tribunais de direitos humanos.¹¹

Já em curso, e com resultados reconhecidos pela Corte. Desta experiência, e para que a morte de Damião Ximenes Lopes ressoe em nós como uma permanente advertência em nome da continuidade e ampliação dos princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica brasileira, cabe buscar a intensificação ainda maior das medidas de proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil.¹² (p. 50).

O fato é constrangedor, com caráter vexatório, e ainda se tornou internacionalmente público. Mas o problema maior não é tornar-se público e sim ter certeza de que é real! Reconhecer diante de outras nações que atrocidades contra os seres-humanos ainda aconteçam em seu país.

A histórica decisão foi tomada após análise de todos os detalhes pela Corte que proferiu a sentença declarando a violação do Estado brasileiro aos direitos à vida e à integridade pessoal de Damião, condenando o País em inúmeras sanções. De acordo com Delgado¹¹, por mais inusitado que isso seja, a sentença apresentou-se legítima, pois foi

uma condenação favorável por reconhecer os avanços e os esforços do governo brasileiro de mudança neste cenário.

Diante disso, o Brasil tomou uma das providências com a publicação da Portaria Interministerial nº 3.347/06¹³, que cria o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental-NBDHSM. É um mecanismo para o acolhimento de denúncias e o monitoramento externo das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais.

Histórias como a de Damião ainda existem no Brasil, no entanto o Estado brasileiro cada vez menos tolera essas atrocidades, por isso vem continuamente aprimorando seus atos normativos visando minimizar a possibilidade de novos casos e o aperfeiçoamento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental-PNSM.

Segundo a *Mental Health Policy, Plans and Programmes*, publicada pela Organização Mundial de Saúde-OMS, ter um conjunto de diretrizes explícitas para a saúde mental é uma ferramenta essencial para a coordenação dos serviços e das atividades relacionadas. Além disso, a implementação dessas medidas pode ter um impacto significativo sobre a saúde mental no conjunto da população. Os resultados descritos na literatura incluem desde a melhoria na organização e na qualidade dos serviços até o aumento do compromisso dos usuários dos serviços e seus familiares, bem como a melhoria de diversos indicadores de saúde mental.¹⁴

É importante considerar que para a OMS³ a legislação de saúde mental representa um dispositivo importante para garantir e assegurar a atenção e tratamento equânimes, proteger os direitos humanos das pessoas com transtorno mental e promover a promoção da saúde mental nas populações e a melhoria de vida e o bem-estar social.

Política e legislação são dois métodos complementares para melhorar a atenção e os serviços de saúde mental, mas, a menos que também haja vontade política, recursos adequados, instituições funcionando corretamente, serviços de apoio comunitário e pessoal de boa formação, a melhor política e a melhor legislação terão pouca importância.³ (p. 3).

Portanto, a legislação Brasileira deve considerar e/ou superar as questões que são levantadas pelos organismos internacionais como a OMS. Corroborando com isso, um

recente aparato normativo foi instituído pela Portaria nº 3088/11¹⁵ que reafirma direitos e reorienta a forma de organização dos serviços para a saúde mental no formato da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS.

Hoje no Brasil, com a legislação vigente, a saúde pública brasileira ganhou forma, escopo de atuação e produziu experiências inovadoras nos últimos quinze anos, mas ainda apresenta inúmeras barreiras para que um sistema tão complexo funcione e opere de forma qualificada nos territórios, os desafios se apresentam de toda ordem. Desde questões na política, gestão, financiamento, administração do sistema num país com grandes dimensões territoriais até as especificidades loco-regionais como falta de recursos humanos.

Diante do contexto apresentado acima se faz necessário conhecer e aprofundar especificamente no conteúdo da Lei 10.216/01⁷, averiguando se, de fato, ela e os atos normativos precisam ser reformulados para assegurar melhoria e sua efetiva implantação, considerando os diferentes pontos de vista das pessoas envolvidas com a saúde mental no Brasil.

Justificativa

Atualmente a RPB ainda precisa superar barreiras e desafios antigos, como a longa permanência em instituições fechadas, a implantação do modelo substitutivo, a forma de cuidado, iniciativas de trabalho e geração de renda, a cultura da interdição judicial etc. Entretanto novas dificuldades se apresentaram na dinâmica moderna, como a formalização das cooperativas sociais, o passe livre para os portadores de transtornos mentais poderem circular nas cidades usando o transporte coletivo, as demasiadas internações compulsórias com usuários de álcool e outras drogas, a implantação dos serviços 24h, entre outros.

O Brasil tem um desafio particular que é assegurar a direção da PNSM em consonância com a Lei 10.216/01, uma vez que a disputa de modelo ainda é forte, principalmente entre categorias de trabalhadores da saúde.

Logo, entendemos a necessidade de análise no texto da Lei. Mas como identificar a realidade na sua mais ampla forma de expressão? Como compreender as demandas da

comunidade, dos usuários, etc? Assim entende-se que a participação de diferentes atores nas reformulações das políticas é imprescindível para se atingir o objetivo comum de qualificar a atenção.

A presente pesquisa pretende discutir e analisar o texto da Lei 10.216/01. Considerando as necessidades atuais, as questões sem consenso na época de sua aprovação e as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental–CNSM.¹⁶ Formular e propor recomendações mais adequadas e atuais para contribuir na superação das barreiras e desafios da reforma psiquiátrica.

Sabe-se que a lei 10.216/01 assegura os direitos dos portadores de transtorno mentais, mas não conseguiu garantir todas as necessidades destas pessoas, levando a novas possibilidades e dificuldades cotidianas que surgiram nos últimos anos, obrigando a inclusão de novas questões na lei.

A questão inevitável diante da tarefa de refletir sobre a lei 10.216/2001 é: ela foi capaz de criar densidades institucional no Brasil para a reforma psiquiátrica? Favoreceu a transformação das instituições de saúde mental no bojo da redemocratização e ampliação dos direitos sociais e cívicos?¹⁷ (p. 4576).

Compreendemos que essas perguntas são centrais para a discussão acerca da lei 10.216/01, entendemos que questões mais objetivas já estão postas, principalmente se considerarmos os anos de reabilitação psicossocial de inúmeras pessoas que conseqüentemente se tornaram cada vez mais protagonistas de sua vida, agentes de seu próprio cuidado, transformando suas necessidades. Desta forma, como assegurar de fato a desinstitucionalização, a não composição dos hospitais psiquiátricos na RAPS, a qualidade da atenção nos serviços substitutivos, a formação continuada dos trabalhadores de saúde mental, o direito do exercício pleno da cidadania e as novas demandas?

Hoje, a população brasileira ao mesmo tempo em que apresenta um temor em relação ao desconhecido, um receio quanto a esta pessoa que se expressa de forma diferente, com comportamentos de desprezo, excludentes, já apresenta comportamentos inclusivos e compreensivos. Assim, uma lei mais adequada poderia contribuir na superação do estigma coletivo.

Objetivo Geral

- Analisar a lei de saúde mental do Brasil, sua abrangência e adequação do conteúdo.

Objetivos Específicos

- Com base no Livro de Recursos de Saúde Mental: Direitos e Legislação, da OMS³, avaliar a pertinência, abrangência e adequação do conteúdo dos artigos que compõem a lei 10.216/01;
- Contribuir para, no campo da saúde, ampliar o conhecimento acerca dos princípios da CF, do SUS e da política em saúde mental;
- Apresentar, descrever e analisar de modo sumário os principais atos normativos (decretos, portarias e resoluções) baseados na lei 10.216/01;
- Contribuir para o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil;
- Contribuir para um maior conhecimento sobre as obrigações internacionais do Brasil.

CAPÍTULO 2 – Contextualização histórica

A Reforma Psiquiátrica Brasileira-RPB vista por seus atos normativos

O Brasil corrobora com os princípios internacionais para atuação e condução da saúde mental nos diferentes países, principalmente o entendimento de que é necessário ter como ponto comum os direitos humanos assegurados e não cometer violações. Tendo em vista que a privação de liberdade e a forma desumana que a maioria das pessoas com sofrimento mental vivem nas instituições fechadas, a reforma psiquiátrica faz-se necessária em todo cenário internacional.

A RPB não está distante do cenário internacional, considerando suas diferentes realidades devido ao seu vasto território, assim, encontram-se cenários favoráveis: a implantação da RAPS já avançada; diferentes serviços substitutivos articulados operando territorialmente e intersetorialmente. Entretanto, ainda encontramos cenários totalmente desfavoráveis, grandes manicômios, sem rede substitutiva, falta de recursos humanos e inexistência de formação, enfim, o Brasil é um exemplo da dicotomia, da diversidade e da criatividade.

Consideramos o termo reforma psiquiátrica como:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, na saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.¹⁸ (p. 6).

A reforma psiquiátrica dá seus primeiros sinais nos anos 1970 com a insatisfação de militantes da saúde mental que promoveram encontros, congressos, teceram redes. Conseguiu-se trazer ao Brasil inúmeros pensadores e atuantes da época, como Franco Basaglia, Foucault, Felix Guatari, Ronald Laing, Robert Castel, pessoas que contribuíram muito ao debate da situação da saúde mental brasileira.¹⁹

A vinda de Franco Basaglia ao Brasil em 1979 configurou-se como um dos momentos significativos desse processo. A visita, organizada

pela Associação Mineira de Psiquiatria, pelo Instituto de Psiquiatria Social de Diadema e pela Sociedade de Psicodrama de São Paulo, foi marcada por intensos debates, conferências abertas ao público e eventos realizados em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. As principais conferências foram reunidas em 'Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática', primeiro livro de Basaglia publicado no Brasil (BASAGLIA, F., 1979a).²⁰ (p. 38).

De acordo com Amarante,²¹ a reforma psiquiátrica é um processo dinâmico porque seu fenômeno tratar-se de uma construção permanente, pois mudam os sujeitos, mudam os conceitos, mudam as práticas, muda a história. Assim, compreende-se a existência de quatro possíveis dimensões: a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, sociocultural e a jurídico-política.

Neste trabalho pretende-se analisar e descrever o processo de construção da dimensão jurídico-política da RPB. Por isso, faz-se necessário compreender não apenas o contexto histórico legislativo, mas os processos de construção de cidadania e cenário político.

Seguindo a proposta de Vasconcelos,²² no processo histórico da reforma psiquiátrica identificam-se três grandes fases:

Primeira grande fase (1978–1992) caracterizada pela mobilização social e crítica do sistema hospitalar asilar, entrada no aparelho do estado e primeiras experiências de humanização e controle hospitalização e da rede ambulatorial em saúde mental.

Segunda grande fase (1992-2001) implementação da estratégia de desinstitucionalização, consolidado do movimento, o da luta antimanicomial e impacto do avanço neoliberal.

Terceira grande fase: (2001-?) consolidação da hegemonia reformista e da de atenção psicossocial, ampliação da agenda política em saúde mental, divisão do movimento da luta antimanicomial em tendências e impacto das limitações neoliberais do governo Lula e desafios atuais.²² (p. 20).

Primeira grande fase da RPB (1978–1992)

O Brasil vivia o que ficou denominado como indústria da loucura, pois o número de leitos psiquiátricos era alto, totalmente financiado pelo sistema público de saúde, portanto, os hospitais psiquiátricos privados tornavam-se um excelente negócio.

O quinquênio 1965/70 foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada; neste período, enquanto a população internada do Hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período. O movimento de internações seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da

empresa hospitalar, que em 65 internou 35.000 pessoas e em 70, 90.000²³ (p. 61).

Durante toda a década de 1970, o cenário era totalmente desfavorável à reforma psiquiátrica, pois a indústria da loucura estava cada vez mais dominante, imperialista e rendendo financeiramente para o poder privado. O número de leitos aumentava drasticamente com a possibilidade de repasse público diretamente para o privado. A psiquiatria reinava na sua prática asilar e segregadora. A forma, muitas vezes até criminosa, de atenção com os portadores de transtorno mental ficou evidente e passaram a incomodar trabalhadores, familiares, os próprios usuários, a academia, gestores públicos, entre outros atores, trazendo à tona a situação crítica que essas pessoas se encontravam.

Nesse período vem à tona toda a situação assustadora das condições, inclusive sanitárias, dos Hospitais Psiquiátricos em vários estados do país. O Brasil revela-se cada vez mais excludente, depositando em suas instituições fechadas pessoas que ficavam esquecidas pelo estado, uma completa negação de todos os seus direitos civis. O número de internados aumenta significativamente, pessoas passavam a morar dentro das instituições, perdendo os laços familiares e sociais.

No final dos anos 1970 e início da década de 1980, o Brasil vivia um contexto político, econômico e social de inúmeros questionamentos, iniciando processos novos, reelaborando seu desenho histórico, tendo em vista o final de uma ditadura e experimentando uma república democrática. É neste contexto que a Reforma Psiquiátrica dá seus primeiros passos.

Em 1978, durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, a opinião pública foi sacudida pelo conteúdo de extensas reportagens dando conta de situação degradante dos pacientes do hospital Colônia de Barbacena, na época comparada a um campo de concentração por Franco Basaglia, que estava presente ao Congresso.²⁴ (p. 174).

Nos anos 1980 o cenário político era tenso, pressões internas e externas iniciaram o movimento “Diretas Já” em 1984, visando o fim da ditadura militar, como já ocorrera em outros países. Realizaram-se uma série de manifestações populares que pediam eleições diretas para presidente da república e o fim da interferência militar no governo brasileiro. Em 1984, realizaram-se eleições para presidente, com dois candidatos, Paulo Maluf e Tancredo Neves. No início de 1985, Tancredo assumiria o cargo e seria o

primeiro presidente civil a reger o país, desde João Goulart, deposto em 1964. Entretanto, Tancredo não chegou a assumir o cargo devido a questões de saúde, assim, no dia da posse, assume o vice, José Sarney, instituindo a Nova República.

Deste modo, os anos 1980 inauguram e simbolizaram a liberdade tão sonhada proposta pela democracia. Grande parte da população viveu um momento histórico que propiciou, semeou a criatividade, a ruptura de paradigmas, o fazer diferente. No contexto da saúde, a população começa a se unir para discutir e compreender a situação da saúde pública e que caminhos seguir.

No início de 1986, logo em março, é inaugurado na cidade de São Paulo, na rua Itapeva, região central, o primeiro CAPS no Brasil, fortalecendo as ações e serviços de base comunitária, fazendo um contraponto aos grandes manicômios.¹⁹

Neste contexto, em junho de 1987, acontece a I CNSM, que traz três temas centrais: I) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II) Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental. Damos destaque para o último tema que já questionava os direitos e cidadania dos portadores de transtorno mentais.²⁵

Na Conferência já se discutia e compreendia-se que para se exercer a cidadania é condição imprescindível a participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico.²⁵

O relatório final apresenta-se de forma bem operativa, uma vez que traz recomendações claras e objetivas, propondo textos e alterações em todo sistema legislativo brasileiro, desde a constituição, passando pela legislação trabalhista, até a legislação sanitária e psiquiátrica. Foi a primeira proposta de um documento de política de saúde mental, tornando-se significativo para o momento histórico civil, político e econômico no Brasil.

Esta primeira experiência no formato Conferência Nacional nos trouxe a experiência positiva de espaços formais na esfera federal de atuação e construção coletiva dos saberes.

Neste mesmo ano, 1987, outra ação que ganhou destaque foi à primeira manifestação pública organizada visando à extinção dos manicômios. O II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru, reuniu cerca de 350 trabalhadores de saúde mental que discutiram o papel político dos trabalhadores, a saúde pública brasileira da época, e as políticas de saúde mental, num cenário rígido que contava com apenas 5% do investimento em ações extra-hospitalares. Desta forma, eles definiram a sua posição, recusando exercer o papel de agente do preconceito, violência e marginalização institucionalizados que desrespeitam os direitos básicos. Os trabalhadores de saúde mental escreveram um documento chamado de manifesto de Bauru, que se coloca contra a discriminação e impõe uma sociedade sem manicômios.²⁶

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios!²⁷ (p. 2).

No final da década de 1980 a saúde mental conta com alguns aliados que fortalecem e legitimam sua luta, como o movimento da reforma sanitária que, ao se deparar com a inexistência funcional da saúde pública na época, contribuiu para a estruturação de um sistema nacional, único, com grandes adequações sanitárias, de forma democrática, assegurando direitos humanos, compartilhando questões com os trabalhadores de saúde e questionando todo o modelo de atenção em saúde vigente.

Não podemos deixar de sublinhar a importância da Reforma Sanitária Brasileira, com as conquistas da Constituição de 1988 (por exemplo, a definição ampliada de saúde, afirmada como direito e dever do Estado), a criação e a consolidação de um Sistema Único de Saúde, a valorização de conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados, controle social, etc.²⁸ (p. 31).

No ano de 1989, a cidade de Santos deu um passo extremamente importante na RPB, com a intervenção no Hospital Casa de Saúde Anchieta; vale destacar que a cidade precisou reorganizar a atenção em saúde, não apenas os serviços de saúde mental. A cidade de Santos propôs pelo seu secretário de saúde, David Capistrano, implantar e implementar uma rede de atenção à saúde.

Em maio de 1989, a Prefeitura Municipal de Santos, após uma série de denúncias de maus-tratos e mortes violentas ocorridas na Casa de Saúde Anchieta, realizou a intervenção neste hospital, com o objetivo

inicial de pôr fim à situação calamitosa em que se encontravam os pacientes ali internados... Essa intervenção teve como objetivo não apenas a melhoria das condições técnicas, ou a adequações a padrões abstratos, mas a recuperação e a afirmação da cidadania daqueles pacientes, mirando além dos muros do hospital, buscando interferir e modificar a própria sociedade.²⁹ (p. 67).

Experiência como da cidade de Santos, trouxe referências de boas práticas em Atenção Psicossocial, construindo uma rede substitutiva de serviços em saúde mental e, principalmente, apontando o caminho social a ser trilhado, transformando paradigmas políticos, sociais, culturais em seus lugares, espaços, territórios e comunidade a partir da relação da sociedade com o louco.²⁹

Em suma, podemos dizer que as principais transformações na reforma psiquiátrica nos anos 1980 referem-se à base de toda a PNSM:

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental.³⁰ (p. 34).

Em resumo, os anos 1980 são considerados, atualmente, como de grande ascensão e transformação do pensamento. Iniciou-se o processo de experimentação de novas formas de cuidado. Nesta década, os trabalhadores, acadêmicos, gestores, familiares e os usuários começaram a se organizar e a produzir espaços de discussão.

Segunda grande fase da RPB (1992-2001)

A segunda fase da RPB inicia-se com feitos importantes tanto no cenário jurídico, como as leis de saúde mental estaduais, quanto no redirecionamento da atenção hospitalar, com a publicação da Portaria nº 224/92.³¹

Em 1992, o Brasil viveu a crise política com o *Impeachment* do Presidente Fernando Collor de Mello (momento histórico de muito clamor popular) e a realização da II CNSM com intuito de acompanhar a implementação do SUS.³² A II Conferência foi construída por inúmeros atores sociais que participaram das etapas municipais, regionais e estaduais. Nas três etapas, cerca de 20.000 estiveram diretamente

envolvidos. Esse volume qualificou o debate e favoreceu a divulgação das informações pela mídia, o que assegurou um alcance positivo em diferentes elementos sociais.³²

Na década de 1990, surgiram novos atores no cenário da reforma psiquiátrica: os usuários e os familiares, representando um protagonismo diferente que tem se consolidado ao longo destes anos. Organizados em associações, entraram em cena pessoas com suas experiências concretas de vida, com seus depoimentos sobre as instituições psiquiátricas, com suas expectativas em relação à reforma: o debate transcendia efetivamente os limites do campo técnico, inaugurando um novo diálogo e revelando a necessidade de novas formas de fazer política. Em diversos Estados foram formados núcleos do MNLA e organizadas associações que reuniram usuários, familiares e profissionais.²⁰ (p. 45).

De uma forma geral a II CNSM traz mais fôlego para disparar novos tensionamentos e debates políticos em que cada vez mais essa agenda se configurava. Assim, este evento nacional deve ser considerado como disparador de um processo histórico de mudança em diferentes campos de saberes: teórico, político, jurídico, social, cultural e da atenção, uma vez que quando foi realizada o cenário era bem favorável.

Ainda como reflexo do contexto frutífero do início dos anos 1990, após a II CNSM, os estados acentuaram o debate interno e muitos aprovaram suas próprias legislações em saúde mental. O estado do Rio Grande do Sul sai na frente e aprova sua Lei n° 9.716/92.²⁸

Desde 1992, existem nove leis estaduais em vigor, inspiradas no Projeto de Lei Federal de autoria do deputado Paulo Delgado. Em todas, está prevista a substituição progressiva da assistência no hospital psiquiátrico por outros dispositivos ou serviços. Há incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais.²⁸ (p. 27).

No ano de 1999 instituiu-se a Comissão Intersetorial de Saúde Mental-CISM pela Resolução CNS n° 298/99³³, com papel de acompanhar a política de saúde mental em âmbito nacional e fornecer subsídios efetivos ao Conselho Nacional de Saúde-CNS na temática de saúde mental. No entanto, só depois de 2001 com a aprovação da Lei da Saúde Mental que a comissão pôde delinear melhor suas ações, visando garantir o acompanhamento da implementação da Lei.

Às ações da gestão federal que se seguiram visando assegurar a RPB em território nacional, foi publicada a Portaria n° 106/00³⁴ instituindo os Serviços Residenciais

Terapêuticos–SRT para pessoas em processo de desinstitucionalização com longo histórico de internação que assim define:

As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. Além disso, essas residências podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia.³⁵ (p. 5).

Os SRTs, assim conhecidos, são casas inseridas na comunidade para receber pessoas de longo processo de internação que possuem seus laços familiares e sociais rompidos devido aos anos de reclusão. Aqui entendemos a moradia e o processo de habitar de forma distinta, uma vez que a moradia refere-se à estrutura física do local e o habitar um processo mais complexo de pertencer, de estar, de compor seu espaço.

A casa é um direito e, a partir desse direito, se constroem políticas que geram casas para usuários, é preciso ressaltar, contudo, que os recursos individuais que acompanham a experiência de aquisição das casas são percursos fundamentais para a reabilitação: o direito não é somente à casa, mas também a sua aquisição como processo de formação de cidadania do paciente. Poderemos dizer que a necessidade sobre a qual é preciso trabalhar é o de habitar e não aquele de ter uma casa, certamente, em muitíssimos casos, a necessidade de habitar se realiza através da casa, mas em muitos casos a ausência (ausência súbita ou escolha) não faz cessar a necessidade de um “trabalho” sobre o habitar.³⁶ (p. 120).

Logo, ao final da segunda fase da RPB se ganhou a mais potente ferramenta de desinstitucionalização. Sendo adequada para a consolidação e efetivação da transformação do modelo asilar, com a retirada dos moradores dos hospitais psiquiátricos.

Entende-se a segunda fase da RPB como a fase da consolidação da condução da PNSM. Aqui se tinha clareza do modelo psicossocial, da necessidade da rede substitutiva, os processos de desinstitucionalização já consolidados e a experimentação das boas práticas. De uma forma geral,

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.¹⁸ (p. 8).

Terceira fase: depois da lei (2001 em diante)

Essa grande fase que se inicia nos anos 2000, e segue até os dias atuais, é marcada pela consolidação do modelo de atenção psicossocial e a implantação e/ou expansão da Rede de Atenção Psicossocial no país. E, com a parceria cada vez mais sólida com os organismos internacionais, assegura o exercício da cidadania e a não violação dos direitos humanos.

Também no início de 2001, mais especificamente em 6 de abril, sancionou-se a Lei nº 10.216, que é objeto de estudo e será detalhada mais adiante. Em face do enorme desafio de regular e aplicar a lei 10.216/01, em uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Câmara dos Deputados, realizou-se no dia 23 de novembro de 2001 um seminário na própria Câmara, intitulado Direito à Saúde Mental: regulamentação e aplicação da Lei 10.216/01.³⁷

Com muito entusiasmo, em um cenário mais favorável, após a aprovação da Lei 10.216/01, realizou-se a III CNSM, em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001, que trabalhou sob o lema “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.”³⁸

A III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.¹⁸ (p. 10).

A III Conferência teve um clima de comemoração, de celebrar conquistas. Parecia que a reforma psiquiátrica estava consolidada como uma política nacional e de Estado. Havia consenso quanto a suas diretrizes e princípios.

Na Conferência Nacional em Brasília tivemos a participação de 1480 inscritos regulares, aos quais se somaram cerca de 220 pessoas que transitaram nas atividades, totalizando a cifra geral de 1700 participantes. Destaca-se ainda a participação de convidados internacionais da Itália, Espanha, Estados Unidos, Portugal, Suíça e de representantes da OPS e da OMS.³⁸ (p. 15).

De acordo com Amarante,³⁹ como resultado da III CNSM, o Ministério da Saúde, publica duas portarias que propõe o início da reversão do modelo. As Portarias 251/02⁴⁰ e 336/02⁴¹, a primeira estabeleceu diretrizes e normas para a assistência hospitalar

psiquiátrica, Programa de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos-PNASH, reclassificando os hospitais e redefinindo e estruturando a porta de entrada das internações psiquiátricas no SUS. Já a Portaria nº 336/02⁴¹, regulamentou, de acordo com as experiências no país, as práticas e o funcionamento mínimo dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, devendo ser ele referência e porta de entrada no território para questões de saúde mental.

Esse conjunto de portarias é considerado o ponta pé necessário para que os municípios implantem serviços de atenção psicossocial de base comunitária. Oferta-se o cuidado fora dos muros dos manicômios, fortalece-se a desinstitucionalização, a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, ou seja, inicia-se e consolida-se, via gestão federal, o processo de implantação dos serviços substitutivos.

Os CAPS são constituídos por equipes multiprofissionais sob a ótica interdisciplinar nos atendimentos, em sua área territorial, tanto nos momentos de crise quanto reabilitação psicossocial. Priorizam atividades em espaços coletivos, incluindo assembleias. O cuidado deve ser desenvolvido a partir de um Projeto Terapêutico Singular, envolvendo a equipe, usuário e familiar na sua construção.^{41, 15}

Nos anos seguintes há uma comprometida expansão e implantação dos CAPS, em suas diferentes modalidades (I, II, III, infantil, álcool e drogas), na ilustração abaixo pode-se visualizar o processo de implantação dos CAPS no país entre os anos de 2002 e 2014, demonstrando papel importante, o efeito positivo da Portaria nº 336⁴¹ no Brasil.

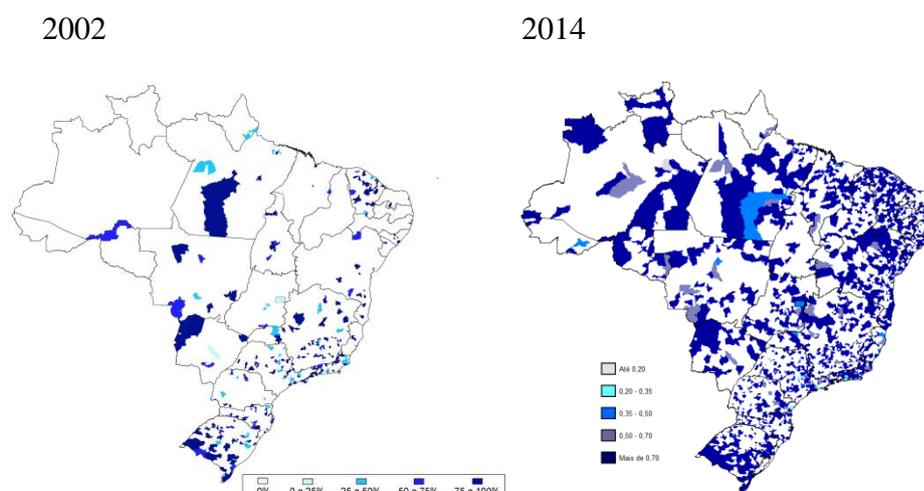


Ilustração 1: mapas de cobertura de CAPS no Brasil

Ao final de 2002, seguindo as necessidades de assegurar a regulamentação da Lei 10.216/01, após o Seminário de Direito à Saúde Mental³⁷ o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 2.391/02 que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei nº 10.216/01, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPIs e IPVs ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.⁴²

Neste momento fica evidente a necessidade da saúde mental de se aproximar dos mecanismos que podem assegurar direitos estabelecidos na recém-aprovada Lei 10.216/01. A portaria descreve claramente o papel do Ministério Público neste processo.

Neste clima de garantia de direitos, de construção de cidadania que o Congresso, em um ato necessário, aprova a criação do Programa de Volta Casa-PVC pela Lei nº 10.708/03⁴³ e regulado pela portaria nº 2077/03⁴⁴. Programa este com caráter social indenizatório propõe um auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, por meio de recurso financeiro mensal para pessoas com transtornos mentais que moraram em hospitais psiquiátricos e/ou Hospitais de Custódia.⁴⁵

Trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia.¹⁸ (p. 18).

Hoje o PVC alcançou mais de 4 mil beneficiários, cerca de quase 25% da estimativa inicial de 15.000 moradores de 2003⁴⁴. Os processos de fechamento de hospitais, em especial nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, contribuem de forma significativa para o aumento de beneficiários cadastrados no Programa.

Nos anos seguintes da aprovação da “lei do PVC”, os processos de desinstitucionalização são intensificados com a publicação das portarias nº 52/04⁴⁶ e 53/04⁴⁷, pois instituem o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar-PRH. Depois a Portaria nº 2.644/09⁴⁸ propõe um novo agrupamento. Esse programa desempenha até os dias atuais um papel fundamental na qualidade da

assistência em hospitais psiquiátricos, uma vez que é indutor da diminuição do número total de leitos psiquiátricos no Brasil atrelado ao valor da diária paga pelo Ministério da Saúde.

O PRH, ao mesmo tempo, garante que as reduções de leitos se efetivem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda tem grande peso na assistência às pessoas com transtornos mentais. Esse processo, com ritmo pactuado entre os gestores do município e do estado, hospitais e controle social, deve incluir o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para desinstitucionalização, tais como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa.¹⁸ (p. 19).

Com esse conjunto de instrumentos, CAPS, SRT, PVC, PRH, entre outras ações de intervenção nos territórios, a RPB foi implantando e construindo seus processos, trilhando caminhos.

Em 2010, o IV CNSM caracterizou-se pela participação popular, pelo exercício de cidadania de forma democrática, apresentando à RPB um amadurecimento necessário de consenso, compartilhamento, construção de práticas com outras áreas do saber marcada pelo lema Intersetorialidade.

O intervalo entre uma conferência e outra nunca foi tão extenso, 10 anos, isso deixou as pessoas com sede de debate e participação mais direta na construção da política. Com isto, foi possível maior participação popular, cerca de 46.000 pessoas envolvidas participaram direta ou indiretamente.¹⁶

Essa Conferência foi capaz de produzir um relatório final com mais de 1000 recomendações a serem consideradas para avançar na política nacional de saúde mental. Simbolicamente isso pode parecer ruim, compreende-se que todas as recomendações são barreiras ainda a serem rompidas. Entretanto, entende-se que cada ponto de discussão está relacionado ao aprimoramento e qualificação da política, buscando cada vez mais construções e desenhos mais elaborados. Assim, deve-se valorizar cada uma delas.¹⁶

Este relatório é, hoje, norteador das ações da gestão nas três esferas governamentais na condução da PNSM. O relatório é uma fonte expressiva de informações, e por isso será

considerado como fonte básica de dados desta pesquisa, entendendo-o como a proposta mais adequada de condução da reforma psiquiátrica.

Após o grande evento da IV CNSM, a reforma psiquiátrica brasileira segue com a implantação da rede substitutiva e o fechamento/descredenciamento dos leitos psiquiátricos, otimizando a qualificação da gestão na esfera federal a cada ano, reorientando e organizando a atenção ao portador de transtorno mental, incluindo cada vez mais as questões sobre álcool e drogas.

O Decreto Federal nº 7508/11⁴⁹ coloca o desafio do arranjo organizacional em Redes no SUS. Como desdobramento a Portaria nº 4.279⁵⁰ estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde-RAS no SUS. Propõe novo instrumento para provocar mudanças significativas nos territórios e visa minimizar a dificuldade de gestão complexa de unificar o sistema.

Este tipo de instrumento traz a obrigatória interação entre as diferentes densidades tecnológicas. Com o apoio técnico e logístico de gestão federal busca prover atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema.

A saúde mental construiu a sua RAPS e foi instituída pela portaria nº 3088/11¹⁵. A ilustração abaixo relaciona seus componentes e pontos de atenção nos três níveis de cuidado.

COMPONENTE	PONTO DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde, • Núcleo de Apoio a Saúde da Família, • Consultório na Rua, • Centros de Convivência e cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades: I, II, III, i, Ad e Ad III
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192, • UPA 24 horas
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de Acolhimento
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Ilustração 2: Componentes e Pontos de Atenção da RAPS

Fonte: Ministério da Saúde.

Nos anos seguintes, publica-se um conjunto de portarias que regulam e oferecem financiamento para cada ponto de atenção da RAPS, sendo algumas delas: Portarias nº 3089/11⁵¹ e nº 3090/11⁵²; nº 130/12⁵³; nº 121/12⁵⁴; nº 122/11⁵⁵; nº 148/12⁵⁶; nº 854/12⁵⁷ e nº 615/13⁵⁸.

Para implantar uma RAPS é necessário realizar um processo de gestão tripartite e implantação e reconhecimento dos espaços que a saúde mental ocupa em cada município. Cada Estado federativo deve implantar um Grupo Conductor, com diferentes representantes de suas secretarias com apoio do Ministério da Saúde e Conasems. São cinco fases diferentes: desenho regional da rede, adesão e diagnóstico, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos pontos de atenção e certificação.¹⁵

O fortalecimento e construção da RAPS no país se estabelece pela necessidade da prática clínica se adequar as especificidades loco-regionais. Se necessário usam-se as cidades e suas práticas locais, representando a plasticidade ética e o compromisso moral de uma intervenção nas cidades por pontos de atenção que ofertam cidadania e asseguram direitos.

O ano de 2013 encerra-se com o I encontro Nacional da RAPS, o ENRAPS, evento contou com a participação de aproximadamente 3.000 participantes. O Encontro foi um espaço de interação, troca, apoio e articulação entre os diversos atores institucionais e comunitários que compõem a RAPS.⁵⁹

Em resumo, a RPB nas suas diferentes fases históricas, não se configura como uma simples atualização da ciência psiquiátrica, mas sim como uma reversão de modelos e paradigmas sociais de relação a partir da elaboração de projetos de vida de pessoas em sofrimento que estão à margem da sociedade.

Para concluir, entendemos que ficou evidente que para a reforma psiquiátrica dar maiores saltos precisamos considerar as práticas do cuidado não como práticas restauradoras, no sentido de reparação e/ou conserto, e sim como práticas de cuidado compreensivas e emancipadoras, onde o protagonista é o usuário cidadão.

CAPÍTULO 3 - Considerações gerais sobre a legislação brasileira e o Sistema Internacional de Direitos Humanos

A história da legislação brasileira está vinculada ao processo de colonização portuguesa. Afinal, um dos primeiros marcos jurídico brasileiro foi a elaboração da carta constituinte, em 1822, para tal, o imperador Dom Pedro I articulou uma Assembleia Constituinte Imperial com a missão de discutir as leis máximas do Brasil. Assim, quando outorgada a constituição de 1824 definiu a divisão do governo em três poderes: legislativo, executivo e judiciário. Sendo assim até os dias de hoje.

Em relação à saúde mental, o primeiro instrumento jurídico brasileiro, segundo Musse,⁶⁰ foi o Código Criminal do Império, de 1830, que estabeleceu o controle dos comportamentos desviantes. Desse modo, os loucos eram então inimputáveis, ou seja, pessoas que não podem receber uma pena, uma vez que não possuem controle de sua razão.

Nos dias de hoje, curiosamente, mesmo com um Código Penal moderno, elaborado em 1940⁶¹, ainda mantemos o mesmo entendimento de que os loucos devem ser considerados inimputáveis e que, em sua grande maioria, devem ficar privados de liberdade em instituições fechadas.

Em 1841, em um ato normativo declarado pelo imperador, anunciou-se o Decreto n° 82⁶² que fundou o Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, para cuidar dos alienados. Era o início da implantação do modelo de espaços de asilamento europeu no Brasil.

Desta forma, podemos dizer que o Brasil é um exemplo claro de como a legislação pode ser utilizada para perpetuar um modelo de prática asilar e excludente. Entretanto, hoje, com a legislação vigente somos internacionalmente reconhecidos por reeditar boa parte do aparato jurídico em prol dos Direitos Humanos.

Todavia ainda é comum no Brasil práticas repressoras e ações arbitrárias com pessoas com transtornos mentais, violando qualquer tipo de direito. Por outro lado, mesmo antes da independência, o Brasil, construía e vivenciava experiências coletivas de cidadania e

democracia num sistema legislativo. Em meio a avanços e retrocessos, legislativos ou não, fomos construindo o conceito atual de democracia.

A democracia é a sociedade dos cidadãos, e os súditos se tornam cidadãos quando lhe são reconhecidos alguns direitos fundamentais; haverá paz estável, uma paz que não tenha a guerra como alternativa, somente quando existirem cidadãos não mais apenas deste ou daquele Estado, mas no mundo.⁶³ (p. 1).

É neste contexto que o direito transita entre a sociedade e o Estado. Desta maneira, o campo do direito atua como poder normatizador, regulando a vida em comunidade e determinando os comportamentos sociais aceitos. Entretanto, o direito deve ter sentido mais amplo, tanto de acolher, promover e garantir quanto de propor e delegar obrigações aos seus cidadãos.

E o direito contribuirá para esse exercício, ao observar-se como são regulados os conflitos sociais e jurídicos da organização social e dos contratos sociais e como são negociadas as relações da 'normalidade' e do 'desvio', de como são concebidas as noções de normalidade e desvio.⁶⁴ (p. 149).

A definição de *Direito* nos coloca uma difícil e complexa escolha, uma vez que existem distintas interpretações e conceituações frente às diferentes dinâmicas de sociedade. Mas é necessário considerar a partir de qual pretexto estamos trabalhando. Assim, seguiremos com a ideia e compreensão de Bobbio⁶³.

Estou de acordo com os que consideram o “direito” como uma figura deontica, que tem sentido preciso somente na linguagem normativa. Não há direito sem obrigação, e não há nem direito nem obrigação sem uma norma de conduta. A não usual expressão “direitos morais” torna-se menos estranha quando é relacionada com a usadíssima expressão “obrigações morais”. (...) Ter direito moral em face de alguém significa que há um outro indivíduo que tem obrigação moral para comigo. Não se quer dizer, com isso, que a linguagem moral deva se servir das duas figuras deonticas do direito e da obrigação, que são mais adequadas à linguagem jurídica; mas, no momento mesmo em que nos servimos delas, a afirmação de um direito implica a afirmação de um dever e vice-versa.⁶³ (p. 8).

O Estado de Direito brasileiro sustenta um aparato grandioso, a forma atual de organização do Estado está pautada em três grandes poderes: o legislativo, executivo e judiciário. Sendo os três articulados para a condução do País e com papéis bem definidos. O Poder Legislativo propõe, discute, formula e outorga leis pelo Congresso Nacional: a Câmara dos Deputados Federais e Senado Federal. O Executivo é o Presidente e seus ministros. O Judiciário aplica e julga, seguindo a CF, as leis federais,

estaduais e municipais, cada um em sua instância federativa. Assim, no campo de atuação do direito, juízes, promotores, procuradores, advogados, equipes multiprofissionais, devem dar as coordenadas de navegação deste barco.

A construção dos direitos na Lei de saúde mental

A Lei 10.216/01, fruto de anos de debates no congresso nacional, é o grande marco jurídico no campo da saúde mental brasileira. A sua elaboração decorreu de um processo democrático e o texto vigente foi a intersecção possível, considerando os pontos de disputa e tensão entre as partes envolvidas, principalmente entre o modelo de atenção proposto pela reforma psiquiátrica e a psiquiatria conservadora.⁶⁵

Assim, quando revivemos historicamente a Lei 10.216/01, logo somos remetidos a algumas certezas sobre ela, por exemplo: a Lei impede a implantação/expansão do número de leitos em hospitais psiquiátricos, garante tratamento em liberdade para todos os portadores de transtorno mental, impede a formação de novos moradores de hospitais psiquiátricos. Entre tantas outras convicções que ficaram impregnadas no imaginário coletivo após os anos de tramitação no Congresso. Mas será que isso aconteceu mesmo? Depois de tantas alterações em seu projeto inicial? Será que se conseguiu garantir princípios, necessidades mínimas com as questões citadas acima? Este estudo se propõe a analisar essas e outras questões acerca da Lei, visando qualificar a atenção à saúde e promover a cidadania dos usuários.

A Lei surge da necessidade em assegurar os direitos mínimos aos portadores de transtorno mental, uma vez que já tinham se tornado público inúmeros casos das péssimas condições dessas pessoas, quase todas moradoras de hospitais psiquiátricos.

O sentido mais profundo da lei 10216/2001 é o cuidado. Como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmeros, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargo, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher.¹ (p. 4706).

O início da história se dá quando o Deputado Federal Paulo Delgado, decidiu apoiar a saúde mental, propondo um projeto de lei para extinguir os manicômios e normatizar os tipos de internação.

O projeto de Lei nº 3.657⁶⁶ tratava prioritariamente da extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e, concomitantemente, a substituição por uma rede substitutiva de serviços territoriais de base comunitária. Ou seja, sua proposta principal concentrava-se na substituição do modelo hospitalocêntrico por uma atenção não asilar.

Esta lei tramitou 12 anos no Congresso Nacional – dois anos na Câmara dos Deputados, inicialmente, oito anos no Senado Federal e dois anos, posteriormente, na Câmara dos Deputados.⁶⁷ (p. 2).

O processo legítimo de reconhecimento de cidadania que a Lei desencadeou trouxe a possibilidade de transformações de relações e paradigmas. Isso se dá, desde o processo de formulação até os dias atuais, principalmente quando se aplica e/ou considera a Lei nas ações do cotidiano. Podemos dizer que, sobretudo, ela coloca o usuário no lugar de sujeito de direitos. Cabe ao Estado promover espaços de participação política e de protagonismo.

Ainda permanece o desafio de garantir a aplicação correta e clara tanto das leis estaduais quanto da Lei 10.216/01. Mas, curiosamente, encontramos casos de violação de Direitos Humanos que usam a própria Lei para justificar a violação. Ou seja, há ainda a necessidade de esclarecimento ao ordenamento jurídico em sua clareza de interpretação.

Essa situação coloca os promotores e juízes diante da necessidade de ampliar conhecimento, sendo necessário o envolvimento e a aproximação mais próxima deste campo para conseguir compreender a essência de cada artigo da Lei. Caso contrário, o judiciário atua como mero operador chegando até a aplicá-la de forma contrária à PNSM.

Direitos Humanos e saúde mental no Brasil

Além do direito à saúde, a saúde mental está intimamente relacionada aos Direitos Humanos. Contudo, o tema é crucial para a compreensão do Estado democrático de direito e do tipo de sociedade em que se vive, além dos avanços que se almejam com relação à evolução das garantias e direitos fundamentais do indivíduo.

O reconhecimento e a incorporação dos Direitos Humanos no ordenamento social, políticos e jurídico brasileiro resultam de um processo de conquistas históricas, que se

materializam na CF. Desde então, avanços institucionais acumulam-se e começa a nascer um Brasil melhor, ao mesmo tempo em que o cotidiano nacional ainda é atravessado por violações rotineiras desses mesmos direitos.

Para a efetivação dos Direitos Humanos no campo da saúde mental no Brasil o maior passo já foi dado com o processo da RPB. Ela opõe-se aos anos de violação dos direitos humanos básicos e maus tratos nas instituições manicomiais, e defende a reinserção dos sujeitos institucionalizados à sociedade pela prática de atenção à saúde mental que os considerem como cidadãos de direitos e deveres, pautados na reabilitação psicossocial e protagonismo dos usuários.

Atualmente há diversas pautas em discussão como a postura higienista de internação compulsória, que atribui à instância jurídica o poder de internar a pessoa sem o próprio consentimento. Outra pauta é a delicada condição do “louco infrator” cumprir medidas de segurança, uma vez que na prática muitas tornam prisões perpétuas, entre tantas outras questões.

O novo desafio dos Direitos Humanos e da saúde mental no Brasil está no projeto *QualityRights*. A aposta da OMS em associar a qualidade dos serviços à garantia de direitos, baseados no *CRPD*, colocando a possibilidade de avaliação contínua na qualidade dos serviços prestados, propondo melhorias, intencionalmente visando assegurar os direitos.⁶⁸

A Ferramenta de Avaliação *QualityRights* que usa a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é como um quadro para prover aos países informações e orientações sobre padrões de direitos humanos que devem ser respeitados nos serviços, incluindo as condições de vida, o tratamento disponível para os cuidados de saúde física e mental, e como os usuários de serviços são tratados pela equipe. Os temas específicos abordados incluem:

- O direito a um padrão de vida adequado;
- O direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e saúde mental;
- O direito de exercer a capacidade jurídica e o direito à liberdade pessoal e à segurança pessoal.
- Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e de exploração, violência e abuso.
- O gozo dos direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais.⁶⁹ (p. 1665).

O Sistema Internacional de Direitos Humanos-SIDH

O SIDH está vinculado a dois fatos internacionais importantes, o primeiro em 1945 com a criação da ONU, o segundo na publicação, em 1948, da Declaração Universal dos Direitos Humanos-DUDH.⁷⁰ Essas ações instituíram uma estrutura formal de jurisdição internacional, visando à proteção dos direitos fundamentais da pessoa humana.

Atualmente esse sistema é um tanto quanto rebuscado que, ao longo da história, foi construído e articulado em um sistema regionalizado, hoje, formalmente, temos o Africano, Interamericano e Europeu. Todos consideram os protocolos, declarações, convenções entre outros instrumentos internacionais assinados e ratificados pelos países que compõem cada um deles. Todas as cortes regionais estão diretamente ligas à Corte Internacional de Justiça e devem representar o legítimo interesse internacional.

Na Corte Interamericana de Direitos Humanos, composta pela OEA, o Brasil em 2002, ao publicar o Decreto nº 4.463/02⁷¹, reconhece como obrigatória a competência da Corte em todos os casos relativos a aplicação e interpretação da Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de São José), de todos os fatos a partir de 1998.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos-DUDH

A DUDH⁷⁰ no Brasil vem sendo implementada e monitorada pela Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, pelo Programa Nacional de Direitos Humanos- PNDH. Já está na terceira versão, que propõe a transversalidade, tanto como diretriz quanto nos objetivos estratégicos, qualificando a atuação e reconhecimentos dos direitos humanos. Assim, cada vez mais o direito perde caráter regulador, reconhecendo e descrevendo garantias, assumindo caráter mais operativo, devendo ser conquistado, legitimado.

A Declaração Universal representa a consciência histórica que a humanidade tem dos próprios valores fundamentais na segunda metade do século XX. É uma síntese do passado e uma inspiração para o futuro: mas suas tábuas não foram gravadas de uma vez para sempre. (...) A comunidade internacional encontra hoje diante não só do problema de fornecer garantias válidas para aqueles direitos, mas também de aperfeiçoar continuamente o conteúdo da declaração, articulando-o, especificando-o, atualizando-o, de modo a não cristalizar-se e enrijecer-se em fórmulas tanto mais solenes quanto mais vazias. (...) Trata-se de um verdadeiro desenvolvimento (ou talvez, mesmo, de um gradual amadurecimento) da Declaração Universal, que gerou e está para gerar outros documentos

interpretativos, ou mesmo complementares, do documento inicial.⁶³ (.p 34).

Convention on the Rights of Persons with Disabilities-CRPD

Nas últimas décadas esforços foram concentrados no cenário da saúde mental global, principalmente pela OMS, em levantar dados, oportunizar consensos, propor práticas comunitárias, entre tantas outras para colocar cada vez mais a saúde mental na agenda internacional.

A saúde mental global, segundo Patel e Prince,⁷² é a aplicação dos princípios da saúde global, na saúde mental. Tais autores consideram a saúde global como área de estudo, pesquisa e prática que coloca prioridade na melhoria da saúde, devendo alcançar a equidade em saúde para todas as pessoas do mundo. O resultado atual desta agenda é que hoje já é possível identificar tantos fatores facilitadores quanto impeditivos nos processos de reformulação das questões de saúde mental em diferentes países.

Assim, pode-se considerar que a **CRPD** foi resultado de um movimento internacional de reconhecimento da cidadania desta população vulnerável. Começou a ser elaborada a partir do Comitê Ad Hoc da Assembleia Geral de 2002 (GA Res. 56/168⁷³). O grupo se reuniu em oito sessões e finalizou o texto da convenção em 2006. Na Assembleia Geral de dezembro de 2006, ela foi apresentada e adotada pelos países. Atualmente conta com 147 países signatários e 99 países ratificados.⁷⁴ O Brasil assinou e ratificou junto à ONU e publicou o Decreto nº 6.949/09.⁷⁵

A Convenção propõe a mudança global de paradigma, incluindo procedimentos, atitudes e abordagens frente às pessoas com desabilidades. A principal mudança é da ordem da relação social: passam a serem sujeitos de direitos, devendo participar mais ativamente na conduta de suas vidas.

A nova Convenção fortalece a demanda por concepções de cuidado que superem o viés biologicista, reducionista e centrado na organicidade do sofrimento mental. No novo documento de direito internacional público está consagrado o necessário avanço afirmativo da contextualização e da construção da dignidade de cada pessoa.⁶⁴ (p. 141).

Um ponto de discussão levantado pela Convenção no Brasil é a própria tradução da palavra *Disability* nos instrumentos internacionais. Na Classificação Internacional de

Funcionalidade-CIF⁷⁶ essa palavra foi traduzida por **impedimentos** e na Convenção por **deficiência**. Além disso, ao nos aprofundarmos na literatura ainda encontramos uma confusão técnica com a definição de dano-impedimento-incapacidade-desvantagem-desabilidade-deficiência e suas respectivas traduções a partir do *Disability-Handicap-Impairment*.

No entanto, a Convenção entende *Disability* como “uma construção social, ao qual é um conceito em evolução que resulta da interação entre pessoas com desabilidades e barreiras atitudinais e ambientais que impedem a sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade com base nos outros.”⁷¹ Logo,

Usamos a frase '*mental and psychosocial disability*' para se referir a pessoas que tenham recebido um diagnóstico de saúde mental com comprometimento de longo prazo, e que vivenciam fatores sociais negativos, incluindo o estigma, a discriminação e exclusão.⁶⁹ (p. 1665).

No Brasil, culturalmente, a palavra deficiência está relacionada a algo imóvel, estático, que não há possibilidade de reversão. Além disso, considera-se que não houve a participação de atores fundamentais da Saúde Mental no processo de adesão à Convenção. Assim, as pessoas com sofrimento mental não se reconhecem, ou mesmo não sabem da existência sobre os direitos assegurados na convenção.

Isso nos trouxe um problema técnico, ético, político e cultural para a saúde mental. Técnico, porque se faz necessário incluir essa pauta na luta do reconhecimento de direitos em saúde mental; ético porque não é justo com os usuários de saúde mental não serem beneficiados pela convenção; político por criar espaços de tensionamento entre diferentes movimentos sociais; e cultural porque gerou uma negação e desconhecimento da existência da convenção pelos usuários, familiares e comunidades por não se reconhecerem como “deficientes”.

É fato que o Brasil precisa discutir e debater muito para a possibilidade de assegurar e garantir aos usuários de saúde mental os benefícios assegurados pela Convenção. Reconhecemos a necessidade da evolução dos conceitos, porém, para a história RPB, não faz sentido o Brasil adotar este termo como referência para saúde mental. Entretanto, compreende-se a necessidade da utilização do termo mais amplo nos documentos internacionais.

CAPÍTULO 4 - Percurso Metodológico

A metodologia da pesquisa refere-se ao modo de fazer científico, em como se chegou aos resultados e conclusões, desta forma deve-se arquitetar, entrelaçar cada passo construído descrevendo como atingimos o objetivo do estudo. Discutindo e elaborando as diferentes formas de métodos, abordagens, técnicas, instrumentos e práticas adotadas no estudo.

Este estudo propõe ser uma pesquisa social, tendo em vista que reconhece a forte interação do homem com seu meio, sendo ele um agente social que atua e é influenciado pela estrutura social, dotado de percepções singulares que lhe permitem apenas uma interpretação própria da realidade. Assim, fica claro que cada um dos participantes tem uma versão frente ao fenômeno estudado.

A análise qualitativa deve ser compreendida como Minayo⁷⁷ a descreve: propondo-se a trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Assim esse conjunto é compreendido como uma parte da realidade social, pois os humanos se distinguem entre si não apenas por agir, mas também por pensar sobre o que se faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Ou seja, a análise qualitativa é a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações.

A escolha da metodologia é sempre um processo decisório importante, desde o projeto da pesquisa até sua conclusão. E, de forma geral, é muito conflitante, principalmente quando se pretende descrever, analisar e comparar um fenômeno. Assim fica claro quando Minayo⁷⁸ explica que:

(...) metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, incluindo as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e, também, o potencial criativo do pesquisador. A pesquisa faz a combinação particular entre teoria e dados.⁷⁷ (p. 22).

No momento de cada escolha é necessário ter em vista que toda a trilha metodológica deve fazer sentido, seguir uma coerência. Demanda do pesquisador o exercício de ir cuidadosamente costurando, arranjando cada um deles, assim, ao se percorrer cada técnica, instrumentos e principalmente a análise dos dados, todos devem estar relacionados para que se consiga atingir os objetivos da pesquisa.

A pesquisa é um trabalho artesanal que não prescinde da criatividade, realiza-se fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos, e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular.⁷⁷ (p. 25).

Nesta pesquisa pretendeu-se investigar e analisar, descrevendo o fenômeno a partir de diferentes instrumentos e técnicas, ou seja, discutir e indagar a abrangência e adequação do conteúdo da lei da saúde mental no Brasil, a Lei 10.216/2001. Por isso, optou-se por realizar entrevista grupal, na tentativa de um recorte pautado no debate, na opinião participativa de diferentes atores. Buscaram-se também dados complementares visando trazer mais elementos para a análise dos dados.

As estratégias traçadas e escolhidas para a exploração do campo desenharam etapas no trabalho e os procedimentos para as análises dos dados, foram:

1. Grupo Focal;
2. Discursos públicos do Deputado Paulo Delgado;
3. As recomendações da IV CNSM;
4. Análise de conteúdo dos dados encontrados no Grupo Focal.

De maneira geral, trata-se de uma pesquisa social, portanto a análise qualitativa se fez necessária tendo em vista que se almeja qualificar a Lei 10.216/2001, 14 anos depois de sua existência, colocando seu texto e aplicação em análise, discutindo novas possibilidades, arranjos institucionais e propor leituras para superar barreiras e sair do lugar de apenas proteger para promover direitos dos usuários.

Metodologia Qualitativa

Para Gomes⁷⁹, a pesquisa qualitativa tem o foco na exploração e investigação considerando um conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema da pesquisa. Assim, o estudo do material não precisa contemplar todas as falas e expressões dos interlocutores, até porque a dimensão sociocultural das opiniões e representações de um grupo com características semelhantes apresenta pontos semelhantes, mas também singularidades próprias de sua história de vida.

Logo, o método qualitativo requer certa aproximação prévia entre o pesquisador e o campo. Por se tratar de fenômenos mais complexos, requer um refinamento, certa

perspicácia e um toque de criatividade do pesquisador para elaborar bons recortes sociais e compreender o fenômeno mais real possível.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos.⁷⁷ (p. 57).

Boa parte das análises qualitativas valorizam a participação e a opinião do sujeito, indo ao encontro da intensão deste estudo. Desta forma, o método qualitativo nos possibilita compreender significados de cada contexto social vivido quanto à aplicabilidade da Lei, nos elucidando como, e de que forma, a Lei se correlaciona e está inserida na vida dos sujeitos.

Para Gibbs,⁸⁰ mesmo que se escolham diferentes métodos qualitativos, ao quais se desenvolvem modelos, teorias, tipologias como formas de explicar e descrever questões sociais, a abordagem qualitativa visa esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo a sua volta: como fazem, que sentido tem o fazer, possibilitando a visão ampla da questão.

O pesquisador deve ser ativo, curioso, não esperando que os dados, por si só, se revelem. Quanto mais vínculo e envolvimento do pesquisador mais se conhece a fundo o campo, o objeto. Contudo, o pesquisador deve estar interessado em acessar experiências, interações e documentos em cenário natural, estando próximo, mas permitindo o distanciamento necessário para que o fenômeno aconteça.^{77 78}

Dados analisados produzem inferências abrangentes, apontando o movimento e transformações do campo das Ciências Sociais. O método adotado traz a organização, a padronização que a ciência exige para os dados, tendo em vista que permite a integração entre dados subjetivos e objetivos produzidos no campo sem uma aparente organização e/ou correlação.

Trabalho de Campo

O trabalho de campo é a alma da pesquisa, ele dá vida e movimento a toda teoria que descreve o fenômeno. Com essa ideia entende-se que há uma necessidade de aproximação prévia e um mergulho profundo e ativo no campo a ser estudado.

Considerando sempre o campo como algo relacional, estabelecendo vínculos quando necessário. Desta forma,

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabeleceu uma interação com os 'atores' que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social.⁸¹ (p. 61).

A participação do pesquisador no campo, levantando questionamentos, criando espaços de debate e tensão nos remete à ideia central da pesquisa qualitativa que é a interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa como pressuposto essencial. Tendo em vista que na parte teórica os sujeitos eram apenas alvo de uma construção teórica, agora, no trabalho de campo, eles são o corpo presente, assim fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de uma relação social complexa e dinâmica.⁸¹

O trabalho de campo deste estudo foi realizado no período de janeiro a maio de 2014. Realizaram-se dois encontros do Grupo Focal (GF) e um encontro para entrevista com o Deputado Paulo Delgado.

Grupo Focal (GF)

Quanto ao GF, Minayo⁸¹ nos aponta a possibilidade deles poderem ser qualificados não apenas como um espaço de troca de opinião, mas também para produzir consensos, ou cristalizar opiniões díspares, a partir de argumentações. Diferentes das entrevistas individuais que sempre refletem o olhar de apenas um e sem que este tenha já participado de algum debate argumentativo sobre um tema.

O GF é uma técnica em que se propõe reunir poucas pessoas para debater sobre determinado tema. É prevista a necessidade de um animador, que deve provocar, iniciando e mantendo a discussão acalorada, além de encorajar os participantes a se posicionar e descrever como é desenhada sua realidade. Enfim, este deve coordenar o processo visando a qualificação das discussões.⁸¹

O GF apresenta-se como:

A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado grupo focal)⁸² (p. 116).

Esta técnica por si só possibilita ao pesquisador ter em um mesmo instante diferentes informações a partir de contextos distintos, entendendo que cada opinião nos remete a um recorte contextualizado do fenômeno estudado a partir das vivências de cada participante.

Barbour⁸³ ressalta que os comentários e opiniões emitidas no GF estão relacionadas a um contexto, bem como a dinâmica estabelecida pelos participantes do grupo a ser escolhido. Assim, o GF possui a capacidade de trazer à tona reflexões e preocupações significativas para as pessoas nele envolvidas. Desta forma, pode potencializar e atingir a ampla problematização da questão, não tendo como centro somente a discussão de questões relevantes para os pesquisadores.⁸³

As discussões foram guiadas por meio de um roteiro de temas abordados por questões disparadoras (*Checklist*). No GF os participantes verbalizaram que a pesquisa possibilitou refletir e debater diante de diferentes opiniões, provocando um movimento individual de reflexão sobre a fala e a situação descrita pelo outro. Ao final, deu-se uma resposta fechada para cada item consensual do grupo, como previsto no instrumento.

A LISTA DE CHECAGEM DA OMS (*Checklist*)

A Lista de checagem da OMS, (*Checklist*) é o anexo 1 do Livro de Recurso da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação³. Nele propõem-se que seja aplicado por uma comissão, o que possibilitaria diferentes pontos de vista e que seja mediado por um especialista.³

Este instrumento foi desenvolvido pela equipe de profissionais de desenvolvimento de Políticas e Serviços de Saúde Mental do departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS.³ Para uso de tal instrumento a equipe recomenda que um grupo, uma comissão, averigue atentamente todos os itens da lista. Ou seja, para objetivar a qualidade da aplicação é necessário que seja aplicado coletivamente, apresentado inúmeras limitações quando se faz uso individualmente, sendo elas:

Em primeiro lugar, é improvável que uma pessoa isolada disponha de todas as informações relevantes que teria uma equipe bem selecionada. Em segundo lugar, indivíduos diferentes ou representantes de grupos diferentes tendem a ter concepções divergentes sobre várias questões. É de valor inestimável uma comissão de avaliação que permita que um debate crítico ocorra e um

consenso se forme. Embora os países devam decidir por si mesmos a composição da comissão, é aconselhável incluir um jurista familiarizado com as várias leis do país, o ponto focal da saúde mental governamental, representantes dos grupos de usuários dos serviços e dos grupos de familiares, representantes de profissionais da saúde mental, organizações não governamentais e outros ministérios do governo. É recomendável que o processo seja conduzido e mediado por um especialista independente em direitos humanos e/ou em legislação.³ (p. 2, anexo 1).

Durante os dois encontros do grupo checaram-se todos os itens e as condições existentes na lista, sendo elas cuidadosamente debatidas e analisadas pelos participantes antes de concluir que alguma das condições seja considerada irrelevante ao contexto específico do país, coletando e conferindo informações e sempre considerando a existência dos mecanismos complementares da lei, portarias, diretrizes, entre outras.

A definição do que precisa ser alterado na legislação é um elemento importante desse processo e o *Checklist* foi útil ao propor consensos entre os participantes em fechar uma das três opções propostas pelo instrumento.

Para cada componente incluído na lista de checagem é necessário formular três perguntas: a) A questão foi adequadamente coberta na legislação? b) Ela foi coberta, mas não de maneira plena e abrangente? c) Ela não chegou a ser coberta? Se a resposta for (b) ou (c), a comissão que realiza a avaliação deve decidir sobre a viabilidade e relevância local da inclusão da questão, resultando na elaboração de legislação apropriada às condições locais.³ (p. 156).

Encontros: realizaram-se dois encontros consecutivos, ambos no mesmo local na cidade de Brasília, nas manhãs de sábados. No primeiro debateu-se do item 1 ao 14 do *Checklist*. No segundo, avançou do item 15 ao final. Com duração total de 3h e 20 minutos.

O pesquisador se apresentou pessoalmente ao grupo nos dois encontros, descreveu os objetivos da pesquisa e sobre a forma de devolução da análise dos dados obtidos. Todos participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo os objetivos da pesquisa, bem como explicitando a garantia da confidencialidade das informações.

Participantes: pessoas que se interessam pela saúde mental e legislação. Sendo elas envolvidas com a saúde mental em contextos distintos, mas que sejam participativos

atuantes sociopolíticos. Em todo processo privilegiou-se a participação e opinião de pessoas que cotidianamente se relacionam com questões da saúde mental.

Assim, foi planejado inicialmente a participação de um usuário, um familiar, um representante da academia, da gestão federal, estadual e municipal, de um trabalhador, gestor de serviço e um advogado. Entretanto, os participantes que representariam o trabalhador e o familiar não compareceram em nenhum encontro do grupo focal.

PARTICIPANTE	1º ENCONTRO	2º ENCONTRO
USUÁRIO	X	X
ACADEMIA	X	°
GESTÃO ESTADUAL	X	°
GESTÃO DE SERVIÇO	X	X
GESTAO NACIONAL	°	X
ADVOGADO	X	X
GESTAO MUNICIPAL	X	X

TABELA 1 – Tabela Participantes do Grupo Focal.

Discursos do Deputado Paulo Delgado

A proposta inicial era realizar entrevistas com dois atores importantes no processo da RPB com foco na Lei 10.216/2001. No entanto, a incompatibilidade de agendas entre os possíveis participantes e o pesquisador impediu a realização. Ao se debruçar sobre o volume de dados que o GF produziu nota-se que apenas mais uma entrevista já era suficiente para atingir os objetivos da pesquisa. Assim, optou-se por realizar apenas a entrevista com o Deputado Paulo Delgado.

A escolha do entrevistado deu-se a partir de seu envolvimento pessoal e rotineiro com o processo de elaboração e participação nos debates enquanto membro do Congresso Nacional e durante implantação da Lei. Por isso, a entrevista foi com o Deputado-autor do projeto 3657-A⁶⁶, Paulo Delgado. Ele foi um dos atores mais envolvidos com a elaboração do projeto, sendo considerado o porta-voz dos movimentos sociais. O encontro entre pesquisador e Deputado durou pouco mais de duas horas na cidade de Brasília.

Adiante, no momento da entrevista, o Deputado propôs que o entrevistador tomasse conhecimento dos discursos realizados por ele no Congresso Nacional, argumentando que sua opinião não havia mudado e que, assim, o pesquisador conseguiria captar o espírito da época e ter a visão histórica, além da contextualidade nos discursos.

Para encontrar todos os discursos públicos o pesquisador foi ao Site Oficial do Congresso Nacional, através da Biblioteca do Congresso Nacional, onde realizou a busca e a enviou via e-mail em arquivo com o compilado de discursos feitos em plenária pelo Deputado no período de 1989 até o ano de 2012.¹

Seguindo a solicitação do Deputado, o pesquisador então fez o levantamento das falas em destaques a partir dos itens do *Checklist* em todos os discursos encontrados. E de fato constatou-se que era possível utilizar os discursos como dados complementares. O enorme volume de discursos por realizados pelo parlamentar demandou maior dedicação do pesquisador, além das horas de entrevistas.

No momento da análise percebeu-se que os discursos trouxeram um recorte importante do contexto em que a Lei está inserida e qual linguagem e compreensão de cada artigo escrito na Lei 10.216/2001 para o Deputado. Esses dados foram considerados complementares por não terem sido utilizados no processo de decisão sobre a adequação do conteúdo da Lei.

O estudo sobre os discursos permitiu obter dados amplos, robustos e repletos de valores, vivências, experiências, carregados de emoção frente ao que a Lei representa para as pessoas envolvidas na temática.

Recomendações da IV CNSM

As recomendações foram encontradas na publicação do Relatório Final da Conferência. Está estruturado em três eixos e, ao final, apresenta Moções tanto de repúdio quanto de apoio. Ao todo são 1.020 recomendações diferentes. No trabalho de campo limitou-se a estudar apenas as recomendações, uma a uma, exigindo disponibilidade e organização do pesquisador.

Análise de Conteúdo

Para analisar os dados qualitativos produzidos pelo campo, optou-se pelo método da análise de conteúdo⁸⁴ uma vez que é utilizado como ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso.

O conjunto de técnicas da análise de conteúdo favorece ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e à interpretação que faz dos significados a sua volta.⁸⁴

A análise de conteúdo tem sido muito usada atualmente nas pesquisas que visam analisar as comunicações nas ciências humanas e sociais, Minayo⁷⁷ afirma ser um método mais comumente adotado no tratamento de dados de pesquisas qualitativas.

Segundo Gomes,⁷⁹ a análise de conteúdo surgiu em meados do século XX, em um cenário adverso em que o behaviorismo predominava, propondo um positivismo rigoroso no cientificismo, assim a estratégia de análise de conteúdo passou por transformações distintas, inicialmente era sob a perspectiva quantitativa.

Essencialmente, definida por Bardin⁸⁴ (1977), a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.⁸⁴ (p. 44).

Mais recentemente, Franco⁸⁵ considerando a proposta de Bardin⁸⁴, coloca que o ponto inicial da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal ou gestual, documental, entre outras e, além disso, deve-se considerar em qual contexto estão articulados seus produtores, assim como as condições contextuais que envolvem o processo histórico da humanidade e as diferentes situações socioeconômicas e socioculturais.

Para Minayo⁷⁶ a análise de conteúdo objetiva supera tanto o nível do senso comum quanto o subjetivismo da interpretação para alcançar uma vigilância crítica quanto às mensagens evidenciadas nos documentos, textos, entrevistas e observações.

Considerando os propósitos citados acima, Bardin⁸⁴ nos propõe um processo de trabalho, atividades que são necessariamente desempenhadas visando dados mais fidedignos e reais. São elas:

A) **Pré-análise:** organização, operacionalização e sistematização das informações, sendo flexíveis, pois permite alterações para melhor explicação do fenômeno estudado. Há três momentos: 1º) Leitura superficial do material: consiste na identificação da estrutura da narrativa; 2º) Escolha dos documentos: pré-selecionados, enquanto atividade encomendada. A escolha implica: exaustividade, representatividade, homogeneidade (mesmo tema para o segmento social escolhido, mesmas técnicas para um estudo comparativo) e adequação (cumprimento dos objetivos);⁸⁴

B) **Análise do material:** codificação e agrupamento dos dados em unidades; categorização e quantificação da informação. Há três momentos na codificação: 1º) Determinação das unidades de registro (conteúdos). Unidades de Contexto: são as referências mais amplas das unidades de registro. Deve-se procurar unidade de contexto mais ampla: a frase para a palavra, o parágrafo para o tema. Devem estar vinculadas aos objetivos, ao referencial teórico e metodológico; 2º) Escolha das regras de numeração (escolha do sistema de quantificação dos dados); 3º) Definição das categorias de análise;⁸⁴

C) **Tratamento dos resultados:** por que e o que analisar.⁸⁴

Assim, seguimos trilhando nosso percurso metodológico. Terminada a pré-análise dos materiais, definiram-se as categorias que seriam trabalhadas. De acordo com Minayo⁷⁷ esse processo pode ser pré ou posterior, assim podemos trabalhar com categorias já identificadas ou após as duas primeiras etapas finalizadas se definem as categorias.

De acordo com Franco⁸⁵ a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos. Segundo Bardin⁸¹ podemos trabalhar com diferentes critérios e possibilidades de fazer a categorização, sendo elas: semânticas, sintáticas, léxicas e expressivas.

Os dados obtidos serão descritos no capítulo seguinte, apresentando a análise do material: os temas trabalhados, as opiniões dos participantes no GF e as respostas-consenso do preenchimento do *Checklist*. Adiante, a apresentação dos dados complementares: falas em discursos do Deputado e as recomendações da IV CNSM. Identificando os elementos que estão incluídos na Lei de saúde mental do Brasil, considerando sua abrangência e aplicação.

Sempre norteados pela ideia que Gomes⁷⁹ coloca que para se chegar a uma interpretação é preciso realizar uma síntese entre as questões da pesquisa, os resultados validados pela análise do material estudado, as inferências realizadas e as perspectivas teóricas adotadas.

Compartilhamento dos Resultados

Os resultados serão compartilhados em artigos científicos.

Aspectos Éticos da Pesquisa

Pesquisa aprovada no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob número: 23820313.2.0000.5263.

Declaração de Conflitos de Interesse

Não houve conflitos de interesses.

CAPÍTULO 5 - Análise e Discussão dos Dados

Ao iniciar o processo de tratamento dos dados, ou seja, testá-los, encontraram-se com inúmeras situações inusitadas ao decidir qual e como é a melhor forma de organizar e apresentar esses dados, tendo em vista a necessidade de melhor explorá-los e qualificá-los.

Analisando-os, considerou-se que o instrumento adotado para a coleta dos mesmos, o *Checklist*, possui um número extenso de itens, totalizando 27. No entanto, ele tornou-se extenso não apenas pelo alto número de itens, mas pela qualidade dos debates desenvolvidos a partir deste *Checklist*.

Trata-se de uma ênfase nas possibilidades qualitativas do uso do instrumento privilegiado neste estudo. Ou seja, seguindo as orientações da OMS³ de aplicação do instrumento e junto à escolha de realizar um GF, deu-se que os 27 itens operaram como tema disparador do debate, acabando por ampliar diferentes vieses da RPB, produzindo horas de dados, tornando-se ainda mais extenso, todavia isto favoreceu a qualidade dos dados obtidos.

Considerando a necessidade de reduzir o número de temas e continuar o processo da análise de conteúdo, realizou-se o exercício de agrupamento de alguns itens, ou seja, identificou-se a existência de semelhanças e/ou correlação entre itens para então elaborar um novo tema ou considerar o existente. Assim, chegou-se a uma lista final com dezesseis unidades de registros temáticas. Estas foram consideradas os Indicadores/Temas da análise de conteúdo. Na tabela abaixo é possível visualizar quais eram os itens do *Checklist* e como foram agrupados formando os temas de análise.

ITEM CHECKLIST	TEMA
1. Preâmbulo e objetivos.	1. Preâmbulo, Objetivos e Definições.
2. Definições.	
3. Acesso à atenção à saúde mental.	2. Acesso à atenção à saúde mental.
4. Direitos dos usuários de serviços de saúde mental.	3. Direitos dos Usuários, Familiares e Outros Atendentes dos Serviços de Saúde Mental.
5. Direitos dos familiares e outros atendentes:	
6. Competência, capacidade e tutela.	4. Questões Civil, Competência,

	Capacidade e Tutela
7. Admissão e tratamento voluntário	5. Atenção Voluntária e Involuntária à Saúde Mental
8. Pacientes não protestadores.	
9. Admissão involuntária (quando separada do tratamento) e tratamento involuntário (onde admissão e tratamento se combinam)	
10. Tratamento involuntário (quando separado da admissão involuntária)	
11. Consentimento por procuração para tratamento	
12. Tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários	
13. Situações de emergência	
14. Determinações de transtorno mental	6. Determinações de Transtornos Mentais
15. Tratamentos especiais	7. Tratamentos Especiais
16. Isolamento e restrições	8. Isolamentos e Restrições
17. Pesquisa clínica e experimental	9. Pesquisa Clínica e Experimental
18. Mecanismos de fiscalização e revisão	10. Mecanismos de Fiscalização e Revisão
19. Responsabilidade da polícia	11. Responsabilidades da Polícia
20. Infratores mentalmente doentes	12. Infratores Mentalmente Doentes
21. Discriminação	13. Discriminação
22. Habitação	14. Habitação, Emprego e Previdência Social
23. Emprego	
24. Previdência social	
25. Questões civis	4. Questões Cíveis, Capacidade, Competência e Tutela
26. Proteção de grupos vulneráveis	15. Proteção à Grupos Vulneráveis
27. Delitos e penalidades	16. Delitos e Penalidades

TABELA 2. Itens *Checklist* versus temas de análise.

A partir dos temas definidos buscou-se uma unidade de registro para chegar às categorias de análise. Essa unidade de registro faz a correlação entre cada um dos temas, favorecendo o agrupamento, chegando a unidades menores e estabelecendo categorias.

De acordo com Franco⁸⁵, para a análise de conteúdo o tema como unidade de registro é a mais útil, sendo indispensável em estudos que focam em opinião, expectativas, conceitos, valores, atitudes.

Após diferentes quantificações da lista dos indicadores/temas chegou-se a quatro categorias de análise: as quatro dimensões da reforma psiquiátrica proposta por Amarante³⁹, Dimensão Teórico-Conceitual, Técnico-Assistencial, Jurídico-Política e Sociocultural.

De acordo com Amarante³⁹ o processo social complexo que é a reforma psiquiátrica se configura pela articulação entre as quatro dimensões. Assim, a Teórico-Conceitual refere-se ao epistemológico, a produção de conhecimento que fundamentam e autorizam o saber/fazer em saúde mental, são reflexões sobre os conceitos neste campo. Já a Técnico-Assistencial está relacionada à prática clínica, ao modelo de atenção/assistência. Enquanto que a Jurídico-Política propõe-se a discutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais. A Sociocultural trata-se talvez da questão mais almejada da reforma, que é a transformação do lugar social da loucura, são as ações transformadoras da sociedade.

Neste estudo pretendeu-se aprofundar mais sobre a dimensão Jurídico-Política da reforma psiquiátrica, considerando que a legislação é o recurso mais importante neste viés. Foi a categoria que mais teve temas relacionados. O quadro abaixo apresenta as categorias de análise e os temas do *Checklist* já organizados.

TEMAS	CATEGORIAS
1. Preâmbulo, objetivos e definições. 9. Pesquisa Clínico-Experimental	A. Teórico-Conceitual
2. Acesso à Atenção em Saúde Mental	B. Técnico-Assistencial
5. Atenção Voluntária e Involuntária.	
6. Determinação dos Transtornos Mentais	

7. Tratamentos Especiais	
3. Direitos dos usuários, familiares e outros atendentes de serviços de saúde mental	C. Jurídico-Política
4. Questões Cíveis, Competência, Capacidade e Tutela	
7. Tratamentos Especiais	
8. Isolamentos e Restrições	
10. Mecanismos de fiscalização e revisão	
11. Responsabilidades da Polícia.	
12. Infratores mentalmente doentes	
14. Habitação, Emprego e Previdência Social	
15. Proteção para Grupos Vulneráveis	
16. Delitos e Penalidades	
13. Discriminação	

Tabela 3. Temas e Categorias de Análise.

Todos os 16 temas foram correlacionados a uma categoria a partir de uma unidade de identificação, ou seja, à existência de uma correlação na abrangência do tema. No entanto, para refinar os dados optou-se por apresentar apenas os dados de destaques nas discussões do GF.

No intuito de dar ênfase à participação social, destacar a opinião de pessoas que participaram ativamente do processo de elaboração, aprovação e regulamentação da Lei, optou-se por trazer das falas não apenas a opinião sobre o conteúdo, mas, sim, seu entendimento sobre o debate de tal tema. Para tanto destacaram-se como dados complementares os discursos do Deputado.

Ao debruçar sobre os discursos é fácil perceber que as falas se repetem, e que ao longo do tempo histórico o autor foi aprimorando-as. Contribuindo, convencendo e defendendo a reforma psiquiátrica brasileira, sobretudo pela aplicação da Lei 10.216/01.

Visando a qualificação e aprimoramento deste estudo optou-se por trazer os dados dos Discursos com um viés não apenas do conteúdo, mas também expor o cenário dos debates da época, o cabo de força que está ligado à RPB. Contribuir na construção do cenário de quais eram, e ainda são, as essências ideológicas, as forças políticas, as questões técnicas,

ou seja, outro olhar sob as quatro categorias e temas de análise. Ilustrando, traçando a cor e forma, proporcionando a materialização dos pontos propostos pelos temas na opinião do autor do projeto da Lei analisada.

Para cada categoria optou-se por realizar a apresentação da análise por tema, explorando os dados do grupo focal e observando as duas fontes de dados complementares: Discursos do Deputado Paulo Delgado¹ e Recomendações da IV CNSM¹⁶ para então realizar uma demonstração de semelhanças entre os dados. Ao final, as razões e como esse tema foi considerado: o conteúdo da Lei é adequado ou não? Ou seja, se o texto da Lei contempla ou não as questões apontadas por cada tema baseado nas decisões do GF.

Isso demandou a realização de um recorte, de escolhas, para apresentar e analisar os dados uma vez que seria impossível apresentá-los todos descritivamente em uma dissertação de mestrado, além disso, muitos deles não se fazem tão necessários em serem apresentados e debatidos.

Tal recorte foi pautado na relevância e destaque produzidos no GF, assim limitaremos seis temas para a apresentação, que estão distribuídos nas quatro categorias de análise:

- **Tema 1. Preâmbulo, Objetivos e definições;**
- **Tema 3. Direitos dos usuários, familiares e outros atendentes de serviços de saúde mental;**
- **Tema 4. Questões civis, Competência, Capacidade e Tutela;**
- **Tema 5. Atenção Voluntária e Involuntária;**
- **Tema 12. Infratores mentalmente doentes;**
- **Tema 13. Discriminação.**

Nos casos dos temas que não serão descritos será apresentado um breve relato sobre os dados e motivos de como se considerou o texto da Lei referente a tal tema.

I. CATEGORIA: Teórico-Conceitual

Esta categoria nos possibilitou uma análise relacional entre dois temas: **1. Preâmbulo, Objetivos e definições** e **o 9. Pesquisa Clínica e experimental**. No entanto o Tema 1 apresentou maior destaque no trabalho de campo e na análise dos dados. Desta forma, limitou-se a apresentar a discussão apenas do Tema 1.

Para o **Tema 9. Pesquisa Clínica e Experimental** a Lei dedicou um artigo para abranger o tema, Art. 11.⁷ “Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.” Somada à condição de que o *Checklist* neste tema foi respondido pelo GF com maioria “A”, este tema foi considerado adequado para o que cabe conter no texto da Lei da saúde mental.

Tema 1. Preâmbulo, Objetivos e Definições

Grupo Focal

A tabela abaixo apresenta a relação entre a primeira categoria, os temas e os dados referentes, em um breve recorte das discussões desenvolvidas no grupo focal.

CATEGORIAS	ITENS/TEMAS	DADOS
I. Teórico- Conceitual	1. Preâmbulo, objetivos e definições.	<p>“Todos nós sabemos o que estamos buscando, é o direito da gente, direito constituído, só que nós não estamos conseguindo fazer de uma forma legal, fazer uso disso que já é direito da gente”.</p> <p>“A lei tem uma introdução, mas será que o artigo primeiro pode ser considerado um preâmbulo? Acho que sim.”</p> <p>“Para complementar temos portarias que regulamentam e colocam preâmbulo, objetivos e definições.”</p> <p>“Tenho dúvidas se o fato de definir no corpo da lei, colocar conceitos, não é impor, limitar a gama de pessoas contempladas pela lei.”</p> <p>“Não colocar também abre espaços para pessoas entenderem como querem, abrindo espaço para atitudes do tipo eu acho que você é louco, toma seu remédio e eu faço com você o que eu quiser.”</p>

“Acho essa dicotomia de opção de colocar no preâmbulo a definição do que é transtorno mental, até mesmo saber se é o caso de adotar a expressão transtorno mental. Se vale... talvez sim se pensarmos reconhecendo que estamos num estágio atrasado de garantia de direitos então é melhor afirmar, mas ao mesmo tempo engessa, a final ele também é um conceito em transformação.”

TABELA 4. Tema 1 Dados do Grupo Focal.

Esta categoria traz à tona questões centrais e estruturais para uma legislação que se pretende dar o tom quanto a sua abrangência e à forma com que tal sociedade se relaciona com a saúde mental. Vale destacar que esse ponto é o que mais se concretiza nas essências ideológicas das disputas de modelos e práticas do cuidado no Brasil.

A OMS³ coloca que, geralmente, inicia-se a legislação com um preâmbulo cuja função é relatar as razões pelas quais a legislação é necessária, seguida pelos objetivos e apresentando definições. Assim, o preâmbulo, juntamente com o propósito e objetivos, pode ajudar os tribunais na interpretação das disposições legislativas sempre que haja alguma ambiguidade nas disposições substantivas do estatuto.³

Este tema ocasionou a dúvida, foi difícil para todo o grupo compreender o conceito de preâmbulo, tendo sido questionado por três participantes dos cinco presentes. Após o esclarecimento não houve grande divergência e tensão quanto à adequação do conteúdo. Fica claro para o GF a necessidade de algum aparato jurídico ou documentos técnicos para atender as questões apontadas no livro de recurso da OMS.

As respostas do *Checklist*, em sua grande maioria, foram consideradas adequadas e contempladas, ou seja, o artigo inicial da Lei 10.216/2001 aliado a outros instrumentos normativos, como a Portaria da RAPS, que tem um extenso preâmbulo, são suficientes para esclarecimentos sobre o tema em questão.

A tabela abaixo apresenta as respostas do GF para cada pergunta do *Checklist* sobre o **Tema 1. Preâmbulo, Objetivos e Definições.**

RESPOSTAS DA LISTA DE CHECAGEM NO GRUPO FOCAL

QUESTÕES	RESPOSTA
Preâmbulo e objetivos	
1. A legislação tem um preâmbulo que enfatiza:	
a) Os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais?	A
b) a importância de serviços de saúde mental acessíveis a todos?	A
2. Legislação específica que o propósito e objetivos a serem alcançados incluem:	
a) não discriminação contra pessoas com transtornos mentais?	A
b) promoção e proteção dos direitos de pessoas com transtornos mentais?	B
c) melhor acesso a serviços de saúde mental?	A
d) uma abordagem de base comunitária?	A
Definições	
1) Há uma definição clara de transtorno mental/doença mental/ deficiência mental/incapacidade mental?	C
2) A partir da legislação fica evidente por que foi escolhido o termo específico (acima)?	C
3) A legislação é clara sobre se retardamento mental / deficiência intelectual, transtornos de personalidade e abuso de substâncias estão contemplados ou não na legislação?	C
4) Todos os termos chaves da legislação estão definidos com clareza?	C
5) Todos os termos chaves são empregados coerentemente ao longo de toda a legislação (ou seja, não são intercambiados com outros termos com significados Semelhantes)?	C
6) Todos os termos “interpretáveis” (ou seja, termos que podem ter várias interpretações ou significados possíveis ou podem ser ambíguos em termos de seu significado) são definidos na legislação?	C

TABELA 5 – Tema 1. Respostas Checklist Grupo Focal.

De acordo com as orientações propostas para a utilização do *Checklist*, quando os itens forem respondidos com “B” e “C” devem ser esclarecidos; apresentando minimamente as razões.

De uma forma geral, das doze questões respondidas no *Checklist*, a metade foi “C”, enquanto cinco foram “A” e uma “B”, o que nos indica previamente uma possível inadequação quanto ao conteúdo. No entanto, todas as respostas “C” são relativas a definição de alguns conceitos importantes, principalmente o de transtorno mental.

As respostas “B” foram dadas em questões que se referem à promoção e proteção dos direitos das pessoas. O GF entendeu que a promoção está contemplada, mas quanto à proteção (por mais que a lei tenha tal finalidade) ainda se identificam falhas nos mecanismos para impedir que o Estado, em algum momento, abuse ou ainda faça interpretações errôneas e equivocadas da Lei, favorecendo atitudes que não garantam um Estado democrático de direito. Contudo o GF reconheceu que a questão acima não se limita à alteração do texto da Lei, e sim uma ampla divulgação, formação e defesa da própria Lei.

Todas as respostas “C” são sobre definições e objetivos, que já são alvo de outras normativas, por exemplo, a Portaria nº 3088/11 que institui a RAPS¹⁵, apresenta e descreve claramente uma definição de qual é o público alvo da Política Nacional de Saúde Mental e seus objetivos gerais e específicos: “Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Grifo meu)¹⁵.

DADOS COMPLEMENTARES

Discursos do Deputado Paulo Delgado

Logo na primeira categoria de análise a categoria Teórico-Conceitual, **Tema 1: Preâmbulo, Objetivo e Definições**, destacaram-se algumas importantes considerações, à essência da época. À discussão da necessidade de existência de uma nova lei pelo Deputado, colocou-se em 1989 que: “*A lei que regulamentava o processo de internação voluntária e involuntária do doente mental brasileiro é de 1934. Lei que dispunha sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas (...) lei que propiciava o uso da psiquiatria em favor de questões privadas, casos de internação arbitrária, involuntária e abusiva, ou seja, nos casos em que, por motivos não médicos, haja internação*”.¹

Relembrando o contexto histórico, é fato que o Decreto nº 24.559⁸⁶ de 1934, na prática, era um instrumento de favorecimentos, não protegia e nem promovia os direitos básicos dos portadores de transtorno mental e, já no final dos anos 1980, mesmo depois de atos jurídicos de suma relevância como a promulgação da Declaração dos Direitos Humanos

(1948), a CF do Brasil de 1988, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), o país ainda não assegurava direitos básicos desses cidadãos.

A proposta da época era literalmente de transformações. Implicou em conquistar parceiros, debater e modificar lugares. O primeiro CAPS já havia sido inaugurado em São Paulo como um serviço de saúde mental comunitário. Aliada a experiências singulares, a proposta de uma lei para a saúde mental mobilizava pessoas e proporcionou debates intensos sobre o tema. Algumas falas simbolizam a importância e apresentam os motivos, pelos quais se propunha um projeto de lei.

Finalizando, Delgado¹ nos coloca que a aprovação da lei federal traz força para a RPB, trazendo, de forma definitiva, luz ao debate sobre a cidadania e políticas públicas, ou seja, um novo estágio de institucionalidade.

DISCURSOS

“A lei objetiva inscrever o doente mental na história da saúde pública e aumentar sua aceitação social”.

“A doença mental não é contagiosa, então dispensa isolamento. Não pode ser compreendida como estritamente orgânica, apaziguada só pela farmacologia, não há a necessidade da psiquiatria biomédica se agarrar à farmacologia para se fazer científica”.

“Ela se caracteriza por ser uma lei da sociedade e seus movimentos por liberdade, atenção, justiça e harmoniosa convivência entre pessoas iguais e ao mesmo tempo diferentes”.

TABELA 6. Tema 1. Dados complementares dos Discursos do Deputado

Considerando o **Tema 1. Preâmbulo, Objetivos e Definições**, as falas acima descrevem como o Deputado Paulo Delgado compreende os objetivos da lei e apresenta algumas de suas características. Coloca ainda qual definição e entendimento de doença mental norteia suas ações e interpretações. Além de apresentar o cenário através de suas lentes, mostra sua realidade, sua compreensão sobre o fenômeno.

Recomendações da IV CNSM

As recomendações não se limitam a esse tema, mas para isto, especificamente, não se identificaram muitos itens de recomendações. No entanto, nas que encontramos uma unidade de identificação, em grande parte recomendam a necessidade de revisão de

algumas legislações existentes, bem como dos atos normativos e/ou da criação de novos atos para abordar algumas questões ainda não esclarecidas.

Em relação ao tema, diferentes itens de recomendações abordam princípios, diretrizes e definições que norteiam o texto da lei. Tais recomendações apontam, em diferentes itens, os princípios e diretrizes que devem reger o processo de reforma psiquiátrica sustentada pela consolidação da PNSM.

Para ilustrar, cite-se a recomendação nº 729 e a nº 2, que reforçam questões relativas ao tema: **Preâmbulo, objetivos e definições**.

nº 729. No processo de reforma psiquiátrica e de construção da política de saúde mental do SUS, é fundamental efetivar as Leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/01 e propor a regulamentação e a definição das responsabilidades de cada esfera de poder (federal, estadual e municipal) na área de saúde mental. É necessário exigir o cumprimento da legislação de saúde mental e de outros dispositivos legais, nos casos de violação dos direitos humanos, de liberdades básicas e de negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos que sofrem de transtornos mentais, garantindo a cidadania através da efetivação das políticas públicas.¹⁶ (p. 121)

UNIDADE DE SEMELHANÇA ENTRE OS DADOS ANALISADOS E DADOS COMPLEMENTARES

GRUPO FOCAL	<i>“Concordamos que o melhor é seguir como está feito (...) ter a definição, conceitos e objetivos assegurados em outras normativas, como a Portaria 3088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial”.</i>
DISCURSO	<i>“A lei objetiva inscrever o doente mental na história da saúde pública e aumentar sua aceitação social”.¹</i>
RECOMENDAÇÕES IV CNSM	<i>Nº 2: “De acordo com os princípios, diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Saúde Mental e das Leis Federais nº 10.216/2001 e nº 10.708/03, a IV CNSM propõe implantar, implementar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento de toda a população, em todos os níveis de assistência”.¹⁶</i>

TABELA 7. Tema 1. Unidade de semelhança entre os dados analisados e dados complementares.

Após analisar e compreender todos os dados do GF entende-se que, de maneira geral, esse tema tem todo seu conteúdo contemplado e adequado, mas se considera que existem, em vigor, outras normativas e documentos oficiais que descrevem quais são os objetivos e as definições necessárias. Além disso, deve-se considerar que toda lei, quando publicada no

Diário Oficial da União, apresenta um preâmbulo e breve resumo referenciando o seu conteúdo.

Além disso, os discursos e as recomendações da IV CNSM apontam para a mesma direção e confirmam os dados que foram apresentados pelo GF. Apoiam a afirmação de que a Lei 10.216/01 favorece e sustenta a PNSM atual, indo de encontro aos instrutivos e instrumentos internacionais da OMS.

Assim, considera-se que, para esse tema, não é necessário adequação do conteúdo existente na Lei 10.216/01, uma vez que o texto atual não prejudica o aparato de garantia e proteção dos direitos das pessoas que sofrem com transtornos mentais no Brasil, entretanto, é necessário considerar outros atos normativos e complementares à Lei em sua aplicação e execução, incluindo a *CRPD*.

II. CATEGORIA: Técnico-Assistencial

A categoria Técnico-Assistencial agrupa questões determinantes para a reforma psiquiátrica brasileira, uma vez que boa parte do debate ideológico está relacionado a forma do cuidado.

Esta categoria possibilitou uma análise relacional entre os temas: **2. Acesso à Atenção em Saúde Mental, 5. Atenção Voluntária e Involuntária, 6. Determinação dos Transtornos Mentais e 7. Tratamentos Especiais**, no entanto o tema 2 e 5 apresentaram maior relevância no trabalho de campo e na análise dos dados. Desta forma, limitou-se a apresentar a discussão apenas deles.

Em relação aos temas **2. Acesso à Atenção em Saúde Mental, 6. Determinação dos Transtornos e o 7. Tratamentos Especiais**, fica evidente que são relacionados estritamente com a categoria médica. No Brasil, tanto a determinação do transtorno (diagnóstico) quanto à realização dos tratamentos especiais compete ao médico especialista.

No tema **2. Acesso à Atenção em Saúde Mental**, o GF considerou que o texto da Lei minimiza algumas barreiras do acesso e que as portarias vigentes abordam, mesmo que pouco detalhadas, a disponibilidade do serviço, acessibilidade financeira e geográfica e a qualidade da atenção prestada, além da visibilidade do serviço.

Embora o tema **6. Determinação dos Transtornos** remeta a inúmeras questões tais como: qual a real necessidade de ter um diagnóstico? Como realizar um bom diagnóstico? Qual o parâmetro ideal para se determinar algum transtorno? O GF não abriu muito o debate. Limitou-se a considerar que a lei não especifica a qualificação de uma pessoa para que o diagnóstico seja realizado. No entanto, há uma compreensão coletiva de que essa responsabilidade está a cargo do médico. Assim, o Conselho Federal de Medicina tem o papel fiscalizador e normatizador da prática e atuação médica. Nos Discursos foi possível apontar a realidade frente ao tema: *“A sofisticação do diagnóstico é que relativiza a classificação da doença, eis o paradoxo atual.”*

Quanto ao tema **7. Tratamentos especiais**, questões mais difíceis vieram à tona graças à discussão mais acalorada no GF, sobretudo pela unanimidade da opinião contrária às práticas colocadas por esse tema. Mesmo que o GF tenha identificado e reconhecido que boa parte dessas práticas médicas, ainda existentes no Brasil, estão fortemente ligadas à ideia atrasada de controle do comportamento da loucura e fortemente pela discriminação, como exemplifica o usuário em um diálogo com seu médico: *“Se você tiver mais um filho, tem possibilidade de nascer pior que você, então o que vai acontecer, eu vou encaminhar você pra fazer vasectomia”*.

Contudo, as respostas do **Checklist** foram quase todas “B”, ou seja, parcialmente contemplada, reconhecendo que há necessidade de considerar outros atos jurídicos, principalmente o Código Civil e o Código de Processo Civil. Vale destacar que, para os tratamentos levantados pelo tema, existem resoluções do Conselho Federal de Medicina-CFM que regulamentam as práticas e colocam, claramente, a necessidade de consentimento do paciente.

Tema 5. Atenção Voluntária e Involuntária

O tema em questão tem relação direta apenas com a categoria Técnico-Assistencial. Ou pelo menos deveria. Entretanto, com os dados analisados, entendeu-se que boa parte das questões abrangentes estão mais relacionadas à categoria Jurídico-Política, colocando o Brasil frente a questões ainda não superadas pela sociedade, como a pobreza, educação, diversidade, preconceito, discriminação, entre outras.

A Lei analisada, além de proteger e garantir direitos, redireciona o modelo de atenção, descrevendo diretrizes centrais para a atenção voluntária e involuntária que norteiam todo o seu texto, mas os Artigos 2, 3 e 4 são essenciais para dar o tom necessário ao campo da atenção em saúde mental. Eles enfatizam o compromisso do Brasil com a atenção voluntária, logo, também como os Direitos Humanos.⁷

Corroborando com a Lei, desde os anos 2000, as portarias ministeriais consideram que a atenção deve ser sempre voluntária, principalmente nos CAPS. Ou seja, a RPB entende que a atenção psicossocial preconiza ofertas e serviços comunitários que atuem no território de forma espontânea e acolhedora.

Assim, fica evidente que a Lei, aliada à Portaria da RAPS, contempla todas as necessidades, garantindo e assegurando a atenção voluntária. Com isso, limita-se esse tema à discussão sobre internação em espaços asilares, como os hospitais psiquiátricos, clínicas de reabilitação e comunidades terapêuticas.

Sobre as internações a Lei possui mais de três artigos dedicados a explicar e colocar regras mínimas para as possibilidades de internação: voluntária, involuntária e compulsória. Vale lembrar que o texto inicial, do PL 3657/89⁶⁶ se propunha à extinção dos manicômios e tratava apenas sobre as internações compulsórias.

Por isso, não a toa, este tema foi o que mais provocou debates acalorados no Congresso Nacional durante os 12 anos de tramitação. A disputa pelo modelo de atenção foi intensa, mas apontou para a garantia de direitos.

A internação é a base de todas estratégias e saberes da ciência psiquiátrica, é o pressuposto da sua constituição e existência. Desta forma, qualquer proposta que venha abalar o paradigma da internação traz consigo o risco de desmontar seu próprio fundamento. E foi neste ponto que, principalmente, a proposta de extinção dos hospitais psiquiátricos e o controle das internações involuntárias por instâncias jurídicas, exteriores ao saber e instituições psiquiátricas, tocou.⁸⁷ (p. 179).

A tabela abaixo ilustra algumas falas de destaque acerca do debate realizado sobre o tema em questão.

CATEGORIA	ITENS/TEMAS	DADOS
-----------	-------------	-------

<p>II. Técnico – Assistencial</p> <p>5. Atenção Voluntária e Involuntária.</p>	<p>“Na saúde física você tem o direito de falar não”.</p> <p>“O avanço de se estabelecer na lei a internação involuntária é por reconhecer a condição da pessoa de dizer não. Mas o tratamento é então involuntário.”</p> <p>“A portaria 2391/02 diz que a voluntária pode se transformar em involuntária (...) exemplo, depois de um tempo, se o médico achar que você tem que permanecer e você quer sair ele coloca como involuntária e você só sai com o registro de alta dele mesmo.”</p> <p>“Minhas internação sempre foram amarrados, uma, fiquei mais de dois anos, mas eu fico bem diferente mesmo aí quando volto pro meu normal vejo que estou todo amarrado (...) quando não era amarrado mesmo era preso no quarto, que é uma amarração do mesmo jeito. É muito difícil esse momento, e ainda não ficamos com a nossa família. (...) você fica ali e perdia o contato com sua família. Perdia todos os laços(...)Você perde todo seu senso de cidadão e fica preso ali dentro”.</p> <p>“Nas involuntárias o Ministério público tem papel importante em monitorar as internações psiquiátricas, mas desconheço como isso funciona”.</p>
--	---

TABELA 8. Tema 5. Dados Grupo Focal

As falas de destaque colocam claramente que o ponto de maior tensão refere-se à internação psiquiátrica, principalmente involuntária e compulsória.

Este tema agrupou vários itens do *Checklist*, por isso, particularmente, apresenta-se mais extenso. As respostas-consenso do GF no *Checklist*, de forma geral, foram consideradas, em sua maioria, inadequadas, ou seja, em boa parte o texto da Lei não contempla questões importantes de forma clara e os atos normativos que tratam desta questão também não estão adequados.

RESPOSTAS DA LISTA DE CHECAGEM NO GRUPO FOCAL

TEMA 5: ATENÇÃO VOLUNTÁRIA E INVOLUNTÁRIA	RESPOSTAS
Admissão e tratamento voluntário	
1) A lei promove a admissão e tratamento voluntário como uma alternativa preferencial à admissão e tratamento involuntários?	A
2) A lei estipula que todos os pacientes voluntários apenas podem ser tratados após obtido o	

consentimento informado?	A
3) A lei estipula que pessoas admitidas como usuários de saúde mental voluntários devem ser atendidas de maneira equivalente a como são atendidos os pacientes com problemas de saúde física?	C
4) A lei estipula que a admissão e tratamento voluntários também implicam o direito à alta/recusa voluntária de tratamento?	A
5) A lei estipula que os pacientes voluntários devem, no momento da admissão, ser informados de que eles apenas perderão o direito de sair caso se enquadrem nas condições para a atenção involuntária?	B

Pacientes não protestadores

1) A lei dispõe sobre pacientes incapazes de tomar decisões informadas sobre admissão ou tratamento, mas que não recusam admissão ou tratamento?	C
2) As condições nas quais um paciente não protestador pode ser admitido e tratado são especificadas?	C
3) A lei estipula que, caso os usuários admitidos ou tratados nos termos dessa disposição objetem à sua admissão ou tratamento, eles devem receber alta ou ter o tratamento interrompido a menos que se enquadrem nos critérios para admissão involuntária?	B
Tratamento involuntário (onde admissão e tratamento se combinam)	
1) A lei estipula que a admissão involuntária apenas pode ser concedida se:	A
a) houver evidência de transtorno mental de gravidade especificada?	A
b) houver grave probabilidade de dano ao próprio paciente ou a outros e/ou considerável probabilidade de grave deterioração na condição do paciente se o tratamento não for feito?	A
c) a admissão tiver um propósito terapêutico?	C
2) A lei estipula que dois clínicos de saúde mental credenciados devem atestar que os critérios para admissão involuntária foram atendidos?	B
3) A lei insiste no credenciamento de um estabelecimento para a admissão de pacientes involuntários?	A
4) O princípio do ambiente menos restritivo é aplicado às admissões involuntárias?	B
5) A lei dispõe que uma autoridade independente (uma junta ou tribunal de revisão, por exemplo) autorize todas as admissões involuntárias?	C
6) São estabelecidos prazos nos quais a autoridade independente deve tomar uma decisão?	A
7) A lei insiste que os pacientes, familiares e representantes legais sejam informados dos motivos para admissão e de seus direitos de apelação?	C
8) A lei garante o direito de apelar contra uma admissão involuntária?	C
9) A lei inclui uma cláusula para revisões periódicas e a intervalos regulares de admissão involuntária (e "voluntária" de longo prazo) por uma autoridade independente?	C

10) A lei especifica que os pacientes devem receber alta de admissão involuntária tão logo não se enquadrem mais nos critérios para admissão involuntária?

Tratamento involuntário:

1) A lei define os critérios que devem ser atendidos para tratamento involuntário, entre os quais que:

- O paciente sofre de um transtorno mental? C
 - O paciente carece de capacidade para tomar decisões informadas de tratamento? C
 - O tratamento é necessário para produzir uma melhora na condição do paciente e/ou restabelecer a capacidade para tomar decisões de tratamento e/ou prevenir grave deterioração e/ou evitar injúria ou dano ao próprio paciente ou aos demais? C
- 2) A lei estipula que um plano de tratamento seja proposto por um clínico credenciado com experiência e conhecimento para fornecer o tratamento? C
- 3) A lei dispõe que um segundo clínico concorde com o plano de tratamento? C
- 4) Uma entidade independente é instalada para autorizar tratamento involuntário? C
- 5) A lei estipula que o tratamento se dê apenas por um prazo limitado? C
- 6) A lei garante o direito de apelar contra tratamento involuntário? B
- 7) A legislação prevê revisões ágeis, regulares e periódicas de tratamento involuntário? C

Consentimento por procuração para tratamento.

- 1) A lei dispõe que uma pessoa possa consentir com o tratamento em nome de um paciente caso se constate que esse paciente é incapaz para dar consentimento? C
- 2) O paciente tem o direito de apelar contra uma decisão de tratamento à qual um procurador tenha dado consentimento? C
- 3) A lei dispõe sobre o uso de “diretrizes de antemão” e, neste caso, o termo é definido com clareza? C

Tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários

- 1) A lei dispõe sobre tratamento involuntário na comunidade como uma alternativa “menos restritiva” a um estabelecimento de saúde mental com tratamento por internação? C
- 2) Todos os critérios e salvaguardas necessários para tratamento involuntário por internação também são incluídos para tratamento involuntário sediado na comunidade? Não se aplica*

Situações de emergência

- 1) Os critérios para admissão/tratamento de emergência se limitam a situações em que haja uma alta probabilidade de perigo imediato e iminente de dano ao paciente e/ou aos demais? C
- 2) Existe na lei um procedimento claro para admissão e tratamento em situações de emergência? C
- 3) A lei dá margem a que um clínico geral ou clínico de saúde mental admita e trate casos de A

emergência?	
4) A lei especifica um prazo para a admissão de emergência (normalmente não mais do que 72 horas)?	B
	C
5) A lei especifica a necessidade de iniciar os procedimentos para admissão e tratamento involuntários, caso necessários, o mais cedo possível após encerrada a situação de emergência?	A
	A
6) Tratamentos como ECT, psicocirurgia e esterilização, bem como a participação em ensaios clínicos ou experimentais são proibidos para pessoas consideradas como casos de emergência?	A
	A
7) Os pacientes, familiares e representantes pessoais têm o direito de apelar contra admissão/tratamento de emergência?	

TABELA 9. Tema 5. Respostas Checklist Grupo Focal

*O grupo considerou que não existe, ainda, normativa que possibilite esta forma de cuidado involuntário.

Este tema causou alguns desconfortos e colocou na mesa questões instigantes sobre o conceito de pacientes “não protestadores”. Como considerar que o sujeito, um cidadão, não possa responder pelos seus atos? Como medir? Quais critérios para essa avaliação? E tantas outras quanto a internação involuntária e a compulsória que é instituída pela Lei no Art. 9.

Entretanto a internação compulsória veio a tona não pelo *Checklist* (não há itens sobre compulsória), mas pelo debate sobre internações involuntárias. Essa pauta volta para o cenário brasileiro de debates por uma demanda da relação da sociedade com os usuários de drogas e todas as implicações sociais disso, tais como a exclusão, o preconceito, a pobreza, a marginalização etc.

Contudo, o grupo discutiu como, na prática, o uso do recurso da judicialização da saúde garante internações e como isso implica num caráter mais jurídico-político para os casos, deixando a dimensão técnico-assistencial muitas vezes inoperante.

De maneira geral este tema teve vários itens respondidos com “C”, o que significa que não está contemplado ou adequado ao texto da Lei e não existe outro ato normativo e jurídico que contemple a necessidade da abrangência do conteúdo. O primeiro item refere-se ao caso em que os usuários de saúde mental sejam atendidos (admissão e tratamento voluntário) como os usuários dos serviços de saúde geral.

Outro item que teve muita resposta “C” foi o de pacientes não protestadores. O GF teve dúvida quanto a que público, de fato, se refere esse termo. No entanto, considerou que

alguns detalhamentos, como ter dois laudos de clínicos diferentes para atestar a internação, cláusula sobre revisões periódicas e intervalos regulares, entre outras questões, não são mencionados na Lei e nem em outro ato normativo. Ainda assim, o GF considerou que esse detalhamento cabe a outros atos normativos e orientadores de práticas profissionais.

Uma das questões mais conflituosas, atualmente, refere-se ao tratamento involuntário, ponto este todo respondido com “C”, exceto um item, que garante o direito de apelar contra o tratamento involuntário: respondido com “B”. O interessante foi que o grupo pondera a existência da Portaria vigente nº 2.391/02⁴² que regulamenta as internações psiquiátricas descritas na Portaria nº 10.216/2001, mas compreendeu que o texto também não contempla os itens do *Checklist* e outros pontos acrescentados pelo grupo. Observe as falas: “o profissional que recebe o paciente deveria estar preparado para entender se realmente é necessária ou não a internação involuntária”.

“O artigo da Lei coloca que a involuntária dá-se por uma solicitação escrita do familiar responsável legal, ou seja, como é que se decide quem é essa pessoa? Ah, esse familiar eu confio, no outro não, esse profissional especialista eu confio, neste não, quer dizer, é difícil (...) Aí, no artigo 6, a involuntária é aquela sem consentimento do usuário e a pedido de terceiros (...) tá, e quem é esse terceiro? Pode ser qualquer pessoa?!!”

No Brasil, um terceiro pode solicitar a internação involuntária e o médico valida prosseguindo com a admissão do paciente no estabelecimento. O serviço deve comunicar a internação involuntária ao Ministério Público - MP, no prazo máximo de 72h, órgão que deve então monitorar e acompanhar o percurso da internação. É fato que nem todos os MPs no país são notificados e nem todos os que são notificados conseguem acompanhar.

Logo, quando se refere a consentimento por procuração para tratamento involuntário, a resposta foi “C”. Este caso trouxe a tona situações delicadas do uso da psiquiatria para realizações pessoais. Para exemplificar destaca-se a fala: “entendo que deveria apenas ser alguém da família, mas bem confiável mesmo, porque, normalmente, o que acontece é que eles internam apenas pelo motivo de se livrar daquela pessoa”.

Quanto a situações de emergência dos sete pontos, apenas 3 foram respondidos com “C”, e se referem a questões mais detalhadas em situações de emergências, tanto do usuário

quanto de terceiros. Neste caso, considera-se que outros instrumentos mais técnicos como linhas de cuidados e até protocolos clínicos podem dar conta da abrangência deste conteúdo. Ou seja, o grupo entendeu que não há necessidade de alteração da Lei para isto.

Um caso a parte foi sobre tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários. Aqui o grupo compreendeu que isso até pode acontecer, mas considerou que se deve caminhar para alcançar a diretriz de funcionamento dos CAPS, dos serviços da Atenção Básica, entre outros serviços do SUS que devem realizar tratamentos e admissão voluntária. Houve certa dúvida se era o caso de considerar esse item como “Não se aplica”, contudo, o grupo concluiu que o ponto que se refere a propor o tratamento involuntário em serviços comunitários, como uma alternativa à internação, deveria ser considerado.

DADOS COMPLEMENTARES:

Discursos Deputado Paulo Delgado

Este tema foi alvo de grandes debates, principalmente pelas questões das internações involuntária e compulsória. É fato que inicialmente o PL 3657/ 89⁶⁶ colocava apenas a internação compulsória e a extinção do manicômio como foco. Hoje este tema ainda não parece superado, ou seja, não atingiu uma compreensão coletiva pela qual não fosse necessário ter um ato normativo para esclarecer e ter entendimentos mais alinhados.

De acordo com Delgado¹¹ o texto final tem grandes diferenças do PL inicial, resultado de muitas mudanças ao longo dos 12 anos no Congresso Nacional, o projeto tinha apenas três artigos que regulamentavam as internações psiquiátricas, era um texto de menos de uma página, com três artigos diretos, sucintos e muitos claros.

O autor do projeto nos faz pensar sob óticas diferentes a respeito da atenção voluntária e involuntária: *Cuidado: como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmero, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargos, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher. Cuidado é o princípio que norteia essa lei. Evoluir a clínica, fazer do intratável o tratável. É essencial o apoio social e familiar que influencie comportamentos, mude hábitos, confronte preconceitos, classificações, nosologias, catálogos de interdições. Não é a doença mental que a lei questiona, mas a maneira de tratá-la.*¹

Após a implantação da Lei avançou-se na reforma psiquiátrica. A prática clínica e os avanços da medicina trouxeram a possibilidade e o sucesso na atenção voluntária que seguiu como princípio norteador: garantir os direitos conquistados pela Lei. Isso produziu um efeito interessante, uma sensação coletiva nos atores da reforma que os manicômios estavam sendo superados, no entanto, ainda há grandes espaços de asilamentos e/ou violações dos direitos assegurados na Lei.

O Deputado coloca inúmeros argumentos e linhas de pensamentos que possibilitam o entendimento sobre o tema **5. Atenção voluntária e involuntária**, por uma perspectiva não médica, sob uma ótica social.

DISCURSOS

“A doença é um processo que exige observação tolerante, advertência, preservação de direitos. A internação é uma parte do tratamento, mas não seu sinônimo e o conceito de leito, neste caso, não se harmoniza com a terapia adequada.”

“A internação como privação da liberdade, monoterapia, só prevalece em serviços despreparados.”

“Ir ao manicômio, abandonar seu paciente numa internação prolongada, era lhe dar direito de pensão e de proteção. Assim compreendiam muitas das famílias que internavam, mas também muitos, por má fé, utilizavam o dispositivo psiquiátrico por razões não psiquiátricas.”

“Ouso propor que se comece a discutir outro conceito para a internação (...) internação se transformou num conceito médico como forma de ser traduzida em horas-leito. Leito em psiquiatria é um conceito ineficaz. Precisa-se de espaço, de escuta, de outras formas de atenção. Trata-se de um tempo que não pode ser medido no relógio. A internação é um conceito pessoal.”

Tabela 10 Tema 5. Dados complementares Discursos do Deputado.

As falas destacadas na tabela acima são referentes ao viés social da atenção, incrementando o debate técnico com questões voltadas ao cotidiano dos cidadãos brasileiros que, por algum motivo, estão intimamente envolvidos com a atenção em saúde mental.

Recomendações da IV CNSM

O tema abordou muitos itens de recomendações da IV CNSM, sendo possível identificar nos três eixos questões relacionadas ao tema **5. Atenção Voluntária e Involuntária**. Contudo, sobre os três tipos de internações, localizaram-se poucos itens, como o exemplo abaixo:

n° 731: “O processo de superação do modelo asilar requer ainda garantir o cumprimento do disposto na Lei 10216 de 06/04/2001 que determina que as internações involuntária realizadas pelas famílias ou pelas instituições psiquiátricas sejam, imediatamente, comunicadas ao Ministério Público, para o devido controle e acompanhamento. Em caso

de tutela, a garantia de avaliações permanentes é imprescindível para a consolidação do processo de reforma psiquiátrica na direção da emancipação e não da manutenção dos usuários, sujeito em sofrimento psíquico, sob a tutela dos familiares e/ou dos profissionais.¹⁶ (p.122)

Outra recomendação relevante refere-se a não aceitação da internação compulsória em crianças e adolescentes. Um ponto de tensão no debate, quando se refere a crianças usuárias de drogas, pois ainda culturalmente a sociedade acredita que por ser ainda criança não tem condições de definir sobre o tratamento.

UNIDADE DE SEMELHANÇA ENTRE OS DADOS ANALISADOS E OS COMPLEMENTARES	
GRUPO FOCAL	<i>O avanço de se estabelecer na lei a internação involuntária é por reconhecer a condição da pessoa de dizer não. Mas o tratamento é então involuntário</i>
DISCURSOS	<i>Esse é o desafio da reforma: sair do tratamento compulsório, caminhar para o voluntário.¹</i>
RECOMENDAÇÕES DA IV CNSM	<i>nº403. Extinguir definitivamente toda e qualquer forma de internação de cidadãos com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos e em quaisquer outros estabelecimentos de regime fechado, acabando também com a eletroconvulsoterapia no Brasil.¹⁶</i>

TABELA 11. Tema 5. Unidade de semelhança entre os dados analisados e os complementares

Os dados acima ilustram como as diferentes compressões se completam. Desta forma, pode-se concluir que o GF destaca a importância de, mesmo num ato autoritário do Estado, ainda se reconhece algum direito. Esse debate parece ser confuso, pois como se assegura um direito e viola-se outro? Direitos que, neste caso, não se encontram, tendo em vista que o usuário pode não querer ser internado, mas ele o será mesmo quando o médico e/ou familiar achar necessário.

Ao seu modo o Deputado aponta para o grande desafio da atenção voluntária e involuntária no Brasil. Apresenta sua impressão de que ainda há uma prática volumosa de atenção involuntária. Todavia reconhece que há de se avançar na garantia e promoção de direitos e sair do “não lugar” social.

É possível perceber que, mesmo com a Lei, o Brasil ainda não superou totalmente o modelo manicomial e não impediu a produção de novos moradores de instituições asilares. É preciso acabar com as violações de Direitos, garantir que a internação seja o último

recurso da atenção a determinado usuário, ou seja, que o usuário seja preferencialmente atendido na rede comunitária.

Após a análise dos dados do GF e a observação dos dados complementares sobre atenção voluntária e involuntária, percebe-se que o texto da Lei em relação à atenção voluntária está adequado, no entanto, ainda há dificuldade quanto a consensos e entendimentos em relação à internação involuntária e compulsória.

O artigo 4º da Lei: “*A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extras hospitalares se mostrarem insuficientes*”⁷, deixa claro o redirecionamento da atenção voluntária e comunitária e, como último recurso, a internação voluntária. Os artigos subsequentes, 5, 6, 7, 8 e 9 continuam a detalhar sobre internação e propõem diretrizes mínimas para realização de quaisquer dos três tipos de internação.

Neste tema considerou-se que a lei promove a admissão e tratamento voluntário, comenta-se a necessidade do consentimento informado, reconhece o direito de recusa à internação e tratamento involuntários, mas, na prática, ainda se acessa a justiça para garantir internação. Mesmo assim, considera-se que este tema merece ser mais debatido e esclarecido para a sociedade, principalmente no campo da saúde e no jurídico.

Desta forma, deve-se compreender que o fenômeno da internação, no Brasil, aponta para questões muito mais jurídico-política do que técnico-assistenciais. Na prática, a comunidade e os espaços asilares de internação utilizam-se da internação para sanar um interesse pessoal ou até fazer uso político dela.

Questões mais centrais da atenção estão asseguradas, inclusive o apontamento para a atenção voluntária, comunitária e a desinstitucionalização. No entanto, como ponto de tensão, a atenção involuntária, mais especificamente as internações involuntárias e compulsórias, merecem intensa dedicação. Ficou claro a necessidade de revisão nos atos normativos e alinhamento conceitual para minimizar violações de direitos, validando e qualificando a aplicação da lei.

III. CATEGORIA: Jurídico-Política

Esta categoria possibilitou uma análise relacional entre os temas: **3. Direitos dos usuários, familiares e outros atendentes de serviços de saúde mental; 4. Questões civis,**

competência, capacidade e tutela; 8. Isolamentos e restrições; 10. Mecanismos de fiscalização e revisão; 12. Infratores mentalmente doentes; 15. Proteção para grupos vulneráveis e 16. Delitos e penalidades. No entanto, os temas 3, 4 e 12 apresentaram maior destaque no trabalho de campo e na análise dos dados. Desta forma, limitou-se em apresentar a discussão apenas desses três temas.

Em relação ao tema **8. Isolamentos e restrições**, deve-se considerar a Portaria 251/02,⁴⁰ que proíbe expressamente espaços restritivos, no Brasil conhecidos como “Cela-Forte”, estes espaços ainda são utilizados pelos profissionais como forma de punição por mal comportamento dos internos, ou seja, a existência destes locais e a prática do isolamento e restrições devem ser consideradas como violações de direitos humanos.

Já o tema **10. Mecanismos de fiscalização e revisão**, refere-se à forma como a Lei se propõe a ser monitorada, fiscalizada e revisada. No Brasil, a CF relata que o Ministério Público deve fiscalizar a aplicação das leis no país. Ainda, na Lei 10.216/01 o seu último capítulo coloca que o Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei, hoje a cargo da CISM.

O tema **14. Habitação, emprego e previdência social** demandou o acesso a outras políticas públicas e considera o papel do Estado na garantia de direitos de segunda geração apontados por Bobbio.⁶³ É necessário considerar e debater neste tema a questão central do papel do Estado democrático de direito, mas também o Estado de bem-estar, uma vez que tratam-se de três dos quatro pilares centrais: saúde, educação e previdência social. No entanto, demandou também a menção sobre a reabilitação psicossocial, uma vez que ela aponta para três vieses centrais: a casa, o trabalho e o lazer.

Considerando as respostas dadas no **Checklist**, este tema está contemplado pela Lei quando incluídas outras legislações e políticas públicas. Especificamente no item *Previdência Social*, todas as respostas foram “A”, no item *Habitação* apenas uma resposta “C” e todas as outras “B”, ao passo que a resposta “C” refere-se a impedir que haja discriminação na locação de imóveis para portadores de transtornos mentais, o que o grupo considerou inviável tal detalhamento no texto da lei. O único ponto de maiores debates foi em relação ao emprego. O grupo considerou um componente extremamente importante para a atenção psicossocial, mas outras políticas públicas não são tão específicas a esse grupo social em

questão. Um bom exemplo está no Pronacop Social⁸⁸ (Decreto nº 8.163/2013), que inclui algumas iniciativas de trabalho e geração de renda em formato de cooperativas sociais. Assim, este tema foi considerado adequado ao que compete ter na lei 10.216/2001.

Quanto ao tema **15. Proteção para grupos vulneráveis**, o GF apresentou satisfação em relação ao texto da Lei, uma vez que outros dispositivos legais como o ECA, estatuto da criança e adolescente, as Resoluções da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) contemplam questões específicas dos tipos vulneráveis como as crianças e adolescentes, mulheres e minorias. Desta forma, os dados apresentam que não há uma necessidade de alteração do texto da Lei 10.216/02 quanto a este tema.

O tema **16. Delitos e penalidades** apresenta apenas dois itens no *Checklist* que sindicam, caso haja uma violação da Lei, quais seriam as possíveis sanções. No entanto, os dados remetem a compreender que não há uma punição descrita no texto da lei e que no GF debateu-se necessidade de ter ou não neste texto algo semelhante ao que existe, atualmente, relativo às políticas antirraciais, mas ponderaram que a legislação brasileira prevê que toda e qualquer violação das leis devem ser respondidas criminalmente. Assim, considerou-se que, neste momento, não há necessidade de alterar o texto da Lei, mas cobrar das autoridades competentes sentenças que façam gerar jurisprudência nos casos de violação.

Tema 3. Direitos dos usuários, familiares e outros atendentes de serviços de saúde mental

Este é um dos mais relevantes para este estudo, pois trata da discussão nuclear sobre o sofrimento mental. Como garantir direitos constitucionais no cotidiano dos usuários dos serviços de saúde mental?

Este tema refere-se a questões sociais, relacionais, profissionais ao redor da atenção e sua comunidade. Aqui se propõe discutir os direitos relacionados aos usuários dos serviços de saúde, seus familiares e trabalhadores a partir do eixo central do Programa *QualityRights/OMS*⁶⁸ que assegura direitos na qualidade da atenção desenvolvida. Além disso, o processo de garantia de direitos requer a produção de espaços de trocas sociais contribuindo para reabilitação psicossocial.³⁶

De acordo com a OMS³ o direito do usuário perpassa por questões como confidencialidade, acesso a informação, condições de estabelecimento e notificações de direitos. Já os direitos dos familiares e atendentes trata de situações de participação/envolvimento destes com o usuário.

No Brasil, além dos direitos apontados pela OMS³, inclui-se o direito do usuário, familiar e atendente em participar, opinar na gestão e demandar qualidade conforme as suas necessidades nos serviços.

Os brasileiros têm na sua história a marca da participação popular nas decisões e gestão do SUS, isso é reconhecido como direito pela população, ao passo que o paciente de saúde mental deve ser reconhecido como tal e usufruir dos mesmos direitos.

Grupo Focal

A tabela abaixo apresenta a relação entre a categoria, os temas e um breve recorte dos dados encontrados no Grupo Focal.

CATEGORIA	ITENS/TEMAS	DADOS
III. Jurídico-Politico	3. Direitos dos usuários, familiares e outros atendentes de serviços de saúde mental.	<p>“E ainda, talvez, com ressalva sobre os códigos de ética profissional, porque todos praticamente trazem este dispositivo, né”.</p> <p>“De não conhecer exatamente o que aconteceu, porque ninguém informa pra ele e ele também não procura se informar”.</p> <p>“Na lei aqui ó, no artigo segundo, no item 7 tem 'receber o maior número de informações sobre a doença e sobre seu tratamento', acho que é só para usuário”.</p> <p>“As leis estão condicionadas à categoria profissional e não na lei geral. Se o conselho lá do médico falar que não é antiético, não falar nada pra ele e tudo mais, tudo bem?”.</p> <p>“Na minha última consulta (...) aí eu cheguei pra ele e digo 'doutor', ele me passou as receitas tudinho, belezinha, e eu digo: 'doutor, tá faltando uma'. Aí ele disse assim: 'mas o que é que está faltando?', eu digo: 'tá faltando a fluoxetina', 'mas eu estou te dando o que está aqui no computador'. Eu digo 'uai doutor, mas há vinte anos eu tomo fluoxetina e agora não tá no computador?’”.</p> <p>“Se o direito dele é saber sobre o prontuário, sobre a informação do caso clínico, alguma coisa (...) Quem vai fazer</p>

TABELA 12. Tema 3. Dados do Grupo Focal

Este tema surgiu do agrupamento de alguns itens do *Checklist* que se referiam aos direitos das pessoas envolvidas com os serviços de saúde mental. Contudo, as respostas do GF no *Checklist* consideraram esse tema adequado, ou seja, em boa parte da abrangência o conteúdo está adequado. O texto da Lei contempla questões importantes e de forma clara quanto aos direitos dos usuários, familiares e atendentes dos serviços de saúde mental.

A tabela abaixo apresenta as respostas-consensos produzidas pelo GF no *Checklist*:

RESPOSTAS DA LISTA DE CHECAGEM NO GRUPO FOCAL	
QUESTÕES	RESPOSTA
Direitos dos usuários dos serviços de saúde mental.	
1) A legislação inclui os direitos ao respeito, à dignidade e a ser tratado de maneira humana?	A
2) O direito dos pacientes à confidencialidade com relação as informações sobre si mesmos, sua doença e tratamento é incluído?	A
a) Existem sanções e penalidades para pessoas que transgridam a confidencialidade dos pacientes?	C
b) A legislação prevê circunstâncias excepcionais em que a confidencialidade pode ser legalmente violada?	C
c) A legislação concede aos pacientes e seus representantes pessoais o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de liberação de informações?	C
3) A legislação concede aos pacientes acesso livre e pleno a informações sobre si mesmos (inclusive acesso a seus registros clínicos)?	A
a) As circunstâncias nas quais esse acesso pode ser negado são descritas?	Não se aplica*
b) A legislação concede aos pacientes e seus representantes pessoais o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de reter informações?	Não se aplica*
4) A lei especifica o direito de ser protegido de tratamento cruel, desumano e degradante?	A
5) A legislação estabelece as condições mínimas a serem mantidas em estabelecimentos de saúde mental para um ambiente terapêutico e higiênico?	B
6) A lei insiste na privacidade de pessoas com transtornos mentais?	A
a) A lei é clara sobre os níveis mínimos de privacidade a serem respeitados?	C
7) A legislação proíbe o trabalho forçado ou inadequadamente remunerado dentro de instituições de saúde mental?	C
8) A lei dispõe sobre: atividades educacionais, treinamento vocacional, lazer e atividades	

recreativas, e necessidades religiosas ou culturais de pessoas com transtornos mentais?	B
9) As autoridades de saúde são compelidas pela lei a informar aos pacientes os seus direitos?	B
10) A legislação assegura que os usuários dos serviços de saúde mental se envolvam na política de saúde mental, desenvolvimento de legislação e planejamento de serviços?	A
Direitos dos familiares e outros atendentes.	
1) A lei autoriza familiares ou outros atendentes imediatos a ter informações sobre a pessoa com um transtorno mental (a menos que o paciente se oponha à divulgação dessas informações)?	B
2) Os membros da família ou outros atendentes imediatos são incentivados a se envolver na formulação e implementação do plano de tratamento individualizado do paciente?	A
3) Familiares ou outros atendentes imediatos têm o direito de apelar contra decisões de admissão e tratamento involuntários?	A
4) Familiares ou outros atendentes imediatos têm o direito de solicitar alta de infratores mentalmente doentes?	C
5) A legislação assegura que os familiares ou outros atendentes se envolvam no desenvolvimento de planos de política, legislação e planejamento de serviços de saúde mental?	A

TABELA 13. Tema 3. Respostas Checklist Grupo Focal

*Os dois itens não se aplicam por serem tratados nos códigos de ética profissionais dos conselhos de suas categorias, ao passo que cada um prevê formas diferentes de lidar com a situação proposta no item.

Uma das respostas, “C”, refere-se a sanções e penalidades caso aconteça alguma violação no que tange à confidencialidade. O grupo considerou a importância de se ampliar esse debate, tendo em vista que boa parte é tratada e discutida dentro dos conselhos das categorias profissionais, não havendo uma regra e procedimento padrão entre as categorias.

Outro item com respostas “C” aponta para o refinamento relativo ao direito de privacidade, pois o grupo não identificou nenhum outro ato normativo que contenha esse nível de detalhamento. Contudo, nas duas respostas “C”, o GF considerou que não é dever da Lei ter esse nível de detalhamento.

Vale destacar a questão de se há a possibilidade da família solicitar a alta do infrator mentalmente doente. Neste caso a lei é outra, ao passo que isto inibe essa possibilidade, sendo apenas uma decisão judicial.

No entanto, a maioria das respostas apresenta-se de forma positiva, mostrando que o Grupo Focal avaliou de forma adequada o conteúdo da Lei para este tema. Uma questão que

apareceu no grupo merecedora de destaque é a de que “temos a carta de direitos dos usuários do SUS, né, que já é para todos aqueles que estão no sistema.”, assim, vale considerar que se faz necessário divulgar esse documento.

Um ponto de destaque na discussão do grupo que o *Checklist* não apontou diretamente é o direito à participação dos usuários, familiares e atendentes nas três esferas de gestão do SUS. No entanto, itens que indicam se há ou não um envolvimento de familiares e atendentes no desenvolvimento de planos de política, legislação e planejamento de serviços de saúde mental foi o bastante para trazer esse tema ao foco do debate.

DADOS COMPLEMENTARES

Discurso do Deputado Paulo Delgado

O Deputado, neste tema, pauta questões relacionais e cotidianas referentes aos direitos dos usuários e familiares. Legítima com exemplos concretos o direito do usuário e familiar nas falas abaixo.

DISCURSOS

“A doença mental é, talvez, das áreas médicas a que mais exige solidariedade humana, desprendimento, destemor, capacidade de absorção, de produção e de sentimentos de cooperação e de integração social. (...) O mal do qual me queixo também é digno de ser tratado com respeito”.

“O sofrimento de uma família com seu paciente é tão digno quanto o de um técnico honrado com a demora da reforma. O medo da reforma por parte de muitos familiares é um sentimento legítimo, e nós temos que conquistar a família para a mudança”.

TABELA 14. TEMA 3. Dados complementares Discursos Deputado. ¹

O Deputado apresenta questões centrais na relação entre aspectos sociais e o direito dos usuários e familiares de saúde mental. E quão significativo é garantir direitos básicos na saúde mental.

Recomendações da IV CNSM

Nas recomendações da IV CNSM identificou-se um número alto de itens com a unidade de registro em análise. O Tema 3 foi identificado em diferentes eixos, subeixos e também em outros temas.

Logo no início, apresenta um subeixo intitulado: *1.5 Participação social, formulação de políticas e controle social*. Em outros subeixos encontraram-se questões relevantes, como:

nº 169. “Implementar processos avaliativos de efetividade, qualidade de atendimento e grau de satisfação em relação aos serviços de saúde junto a usuários e familiares.”¹⁶ (p.44)

Outro subeixo identificado foi o *2.1 Cotidiano dos serviços: trabalhadores, usuários e familiares na produção do cuidado*, por fazer referência e apresentar recomendações relacionadas ao tema diretamente, como:

nº 322. “Assegurar o princípio da privacidade dos usuários no uso de salas apropriadas, com isolamento acústico nos CAPS.”¹⁶ (p. 66)

UNIDADE DE SEMELHANÇA ENTRE OS DADOS ANALISADOS E DADOS COMPLEMENTARES

GRUPO FOCAL	<i>Questão da violação dos direitos tem muito a ver com a privacidade por com a questão muito simples, que é isso, você ter um lugar pra tomar banho, se trocar, ir ao banheiro.</i>
DISCURSOS	<i>Se compareço a um serviço de saúde e não tenho amparo para minha dor, doente é o serviço. A doença é um processo que exige observação tolerante, advertência, preservação de direitos.</i>
RECOMENDAÇÕES DA IV CNSM	<i>N. 154. Criar cartilhas contendo a lei 10.216/2001 e demais leis de saúde mental e a carta do direito dos usuários do SUS para serem distribuídas nos CAPS, atenção básica, demais serviços de saúde e universidades, com linguagem adaptada aos usuários e familiares, respeitando a regionalidade.</i>

TABELA 15. TEMA 3. Unidade de semelhança entre os dados analisados e dados complementares

Os dados destacados acima exemplificam na prática cotidiana as situações mínimas de direitos dos usuários, familiares e atendentes, e as consequências graves de quando isso não acontece. Eles apontam para a relação direta entre qualidade da atenção e os direitos dos usuários, familiares e atendentes.

Neste tema o GF chama a atenção para a relação direta entre privacidade e violações de direitos, considerando a situação cotidiana das pessoas.

O Deputado faz uma comparação metafórica na relação usuário e serviço. Reafirmando a relação direta entre qualidade da atenção e garantia de direitos, nos descrevendo o quão complexo e intenso o processo de doença se coloca nas relações entre os três atores: usuário, familiar e atendentes.

As recomendações apontam claramente que a Lei já assegura direitos, e que a necessidade atual é a sua divulgação.

Hoje, a sociedade brasileira reconhece e cobra diariamente o direito constitucional à Saúde e ao SUS pela Lei 8080, tendo em vistas o direito de ser bem atendimento e de atenção integral. Basta examinar um jornal para ver reportagens de mau atendimento no SUS e a população a reivindicar seu direito. Em grande parte apoiada pelo ministério público local, a população cada vez mais recorre à judicialização da saúde.

A Portaria nº 1.820/09⁸⁹ dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Ela embasa a carta de direitos do usuário do SUS citada no GF. Assim, tem-se, de forma adequada, um ato normativo que esclarece com detalhes os direitos dos usuários.

Com os dados analisados e a observação dos dados complementares é possível perceber como a Lei favorece e protege os usuários e familiares de saúde mental. Apenas quanto aos direitos dos atendentes pouco se destaca, mas é fato que, de modo geral, os Recursos Humanos na Saúde são objeto de outros atos normativos, mas que pouco têm avançado.

TEMA 4. Questões civis, competência, capacidade e tutela

Ao iniciar a análise dos dados entendeu-se que o tema deveria ser a aglutinação do item 25 que trata de questões civis e o item **4. competência, capacidade e tutela**, reconhecendo que, no Brasil, o Código Civil⁹⁰ vigente coloca que todas as pessoas possuem direitos e deveres na ordem civil. No entanto, para se exercer este direito é necessário não ser considerado incapaz.

Este tema coloca a questão central para o legítimo reconhecimento do exercício da cidadania das pessoas em sofrimento mental no cotidiano em ser essencialmente reconhecido como um sujeito de direitos e não apenas em como deve exercê-los.

A OMS³ reconhece que as pessoas com transtornos mentais têm o direito, assegurado na DUDH, de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. No entanto, é importante que a legislação garanta direitos fundamentais tais como votar, casar, ter filhos e manter direitos paternos, práticas religiosas, entre tantos outros.

No Brasil, o fato da justiça, mais especificamente o Código Civil⁹⁰ em vigor, trabalhar com a ideia de proteção do Estado para aqueles que define como incapazes, é o conceito jurídico de incapacidade e, às vezes, incrementado pela periculosidade a quem comete algum crime.

Na origem da expressão 'loucos de todo gênero', ainda hoje conservada em nosso Código Civil – herança do código criminal do Império –, existe a concepção de algo que unifica os vários gêneros de loucos, mais precisamente as diversas espécies do gênero loucura: unifica-as a diferenciadas responsabilidades diante do contrato social. As variações de grau ('parcial' ou 'totalmente' responsáveis ou capazes) reportam-se a um mesmo elemento. O cível não pode ser alienado da razão.⁹¹(p. 35).

Logo, um laudo psiquiátrico pode restringir ou retirar totalmente os direitos civis de uma pessoa conforme entendimento do Juiz sobre o caso, determinando uma interdição absoluta ou relativa. O Código Civil⁹⁰ ainda disponibiliza os recursos da Curatela e da Tutela para portadores de transtornos mentais. Assim, juridicamente entende-se que:

A incapacidade pode ser absoluta ou relativa. Será absoluta quando acarretar a total possibilidade de o titular do direito ou da obrigação de praticar, autonomamente, os atos da vida civil ou responder pelas consequências advindas do seu agir. Por isso, os atos jurídicos praticados pelos absolutamente incapazes só serão válidos se forem praticados por meio do seu representante legal (art. 3º e 166, I, do Código Civil). A incapacidade é relativa quando possibilita ao incapaz a prática de atos da vida civil, desde que seja assistido por seu representante legal, como é o caso dos pródigos (arts. 4º, caput, e 171, I, do Código civil).⁶⁰ (p. 122).

A curatela e a tutela são parte do efeito que a interdição total ou relativa. Desse modo, uma vez interditado, terá direito a um representante legal, um curador, uma pessoa que irá se responsabilizar pelo seu agir, no entanto não nos limites de atos ilícitos penais. No caso de crianças e adolescentes, se faz necessária a figura do Tutor.

Este tema, no Brasil, pouco avançou nos últimos anos, inclusive entre usuários, familiares e atendentes de serviços comunitários e dos CAPS. O tabu social é o de que o usuário não tem competência para gerenciar a própria vida, logo não tem capacidade de executar tarefas simples e, por isso, necessita de um tutor.

Para Delgado⁹¹ há uma regra jurídica de que são incapazes para atos da vida civil os loucos de todo gênero. Essa condição de incapacidade coloca-os frente ao direito de serem tutelados. No sentido mais ideológico, esse suposto “zelo e proteção dos direitos civis”, em

grande parte, coloca a pessoa com transtorno mental ainda mais no isolamento social, principalmente por decretar oficialmente a sua incapacidade civil.

Em virtude disso, criaram-se políticas públicas que marcham em contrapassos diferentes, principalmente por serem duas políticas que atingem e interferem cotidianamente na vida da população. O judiciário entende que os loucos são incapazes para os atos da vida civil, logo, sua incapacidade lhes dá o direito de serem tutelados. Já a reforma psiquiátrica busca resgatar a cidadania.⁹¹

Grupo Focal

CATEGORIA	ITENS/TEMAS	DADOS
III. Jurídico-Politica	4. Questões civil, Capacidade, Competência e Tutela	<p>“A lei defende todos os direitos, pode até votar, mas na prática não”</p> <p>“É o código civil que fala sobre administração dos bens, se está apto ou não”.</p> <p>“Usuário é quem pede a revisão ou só o curatelado? Pode pedir. Mas o juiz avalia, quer dizer, o Ministério Público principalmente avalia periodicamente. Mas a lei não determina o período, é muito difícil”.</p> <p>“Se uma vez você é curatelado, eternamente curatelado? (...) Nem sempre! Depende muito da condição que você leva até então”.</p> <p>“O que a lei determina é que periodicamente tem que ser fixado uma revisão sobre essa condição de interdição. (...) Tem que ver a interdição de modo geral. E se mantém ou não a interdição. Porque aí tem as avaliações médicas, né. O juiz não vai decidir sozinho.”</p> <p>“Mas ele não fala da periodicidade, seis meses, um ano ou dois”.</p> <p>“Se ele não quiser aquele tutor ele vai entrar com recurso (...) É, um recurso normal.”</p>

TABELA 16. Tema 4. Dados Grupo Focal.

As respostas do GF no *Checklist* indicaram apenas uma resposta “A” que foi dada à única questão que aborda as questões civis. Duas respostas “C” e todas as outras foram “B”,

confirmando que o conteúdo deste tema não cabe apenas à Lei, mas como já ocorre constam em outros atos jurídicos maiores, como o Código Civil e a CF, a descrição sobre **capacidade, competência e tutela**.

A tabela abaixo apresenta detalhadamente como foram as respostas no *Checklist*.

RESPOSTAS DA LISTA DE CHECAGEM NO GRUPO FOCAL	
QUESTÕES	RESPOSTA
Competência, capacidade e tutela.	
1) A legislação dispõe sobre a administração dos negócios de pessoas com transtornos mentais caso eles sejam inaptos para tal?	B
2) A lei define “competência” e “capacidade”?	C
3) A lei formula um procedimento e critérios para determinação da incapacidade/incompetência de uma pessoa com relação a questões como decisões de tratamento, seleção de um substituto na tomada de decisões, tomada de decisões financeiras?	B
4) São estabelecidos procedimentos para apelações contra decisões de incapacidade/incompetência e para revisões periódicas de decisões?	B
5) A lei estabelece procedimentos para a designação, duração, deveres e responsabilidades para um tutor atuar em nome de um paciente?	B
6) A lei determina um processo para definir em quais áreas um tutor pode tomar decisões em nome de um paciente?	C
7) A lei prevê uma revisão sistemática da necessidade de um tutor?	B
8) A lei dispõe que um paciente possa apelar contra a designação de um tutor?	B
Questões civis	
1) A lei defende os direitos de pessoas com transtornos mentais para a classe integral de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais a que todas as pessoas estão intitulado?	A

TABELA 17. Tema 4. Respostas Checklist Grupo Focal.

Assim, fica evidente que as questões abordadas, neste tema, já estão contempladas no Código Civil de 2002. No entanto, o predicado do texto do código foi muito questionado pelo grupo que colocou, claramente, as diferentes compreensões temáticas entre a área da saúde e da justiça.

O que pode ser observado em falas como: “*se, por acaso, alguém tem uma curatela, e você percebe que essa pessoa não está cuidando de você direito, naquilo que é necessário, e*”

“você já se acha na condição de, mesmo precisando daquele benefício, você já consegue tocar sua vida pra frente independente, você pode dizer que daquele momento em diante você quer tocar sua vida por conta. E aí, foi você que pediu e o juiz vai avaliar. Se, dentro daquilo, ele conseguir avaliar e ver que o pedido tem fundamento, aí ele chama o tutor seu pra uma conversa, entre você e ele, vê o que está acontecendo naquela relação (...) e aí, ele vê se é procedente ele continuar, ou se é procedente ele liberar aquele tutor pra que o próprio beneficiado possa fazer uso do que ele tem por ele mesmo.”

Quanto a questões civis, a Lei contempla todas as necessidades e os direitos que devem ser assegurados. No entanto, o grupo considerou que a barreira a ser superada é a de sua aplicação, ou seja, que, na prática, eles sejam reconhecidos.

DADOS COMPLEMENTARES

Discursos do Deputado Paulo Delgado

As falas destacadas abaixo colocam em evidência o abismo existente entre os direitos garantidos pela Lei de forma ampla e adequada que podem ser invalidados na prática pela incapacidade civil colocada pelo Código Civil.⁹⁰

DISCURSOS

“Muitos membros do Poder Judiciário e do Ministério Público que com desabrida ousadia invadem o saber médico e sanitário, violam a integridade do indivíduo, protegidos pelo preconceito inconstitucional que é a tradição de tutela – ousadia para a qual não teriam coragem em outras áreas da medicina – e imaginando proteger direitos decidem, por verdadeiras cartas régias, mandar internar os incômodos e, na prática, vão reconstruindo hospícios contra a lei.”

“A tradição brasileira de tutela sobre pessoas doentes, agravada pela sedação e o isolamento, está culturalmente arraigada e é especialmente grave nas áreas da Saúde Mental, toxicomanias e alcoolismo.”

“Queremos que olham de maneira diferente o louco, cientes de que a loucura não implica incapacidade civil permanente, nem periculosidade, tampouco incapacidade de sentir afeto pelos outros.”

TABELA 18. Tema 4. Dados complementares discursos do Deputado¹

As falas elaboradas e coerentes do Deputado levantam questões centrais sobre o tema 4. Muitas delas consideradas desafios a serem superados pela RPB, pois configuram-se como obstáculos culturais, jurídicos e políticos do usuário no próprio cotidiano.

Recomendações da IV CNSM

Foram identificadas inúmeras recomendações sempre visando propor ações para minimizar os danos da interdição. Por exemplo,

n. 752. Implementar junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental, de forma integrada com o Poder Judiciário, uma comissão para revisão dos processos de interdição em todo o território Nacional para verificar se os usuários estão sendo beneficiados e cuidados, de acordo com a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.¹⁶ (p. 125)

UNIDADE DE SEMELHANÇA ENTRE OS DADOS ANALISADOS E DADOS COMPLEMENTARES

GRUPO FOCAL	<i>“Parente querendo de qualquer forma tutelar o pai exatamente porque diz que tem uns bens dele bloqueado pelo juiz e tem que tutelar pra poder liberar esse dinheiro. E eu já fiquei sabendo que o cara que está com ela quer se apoderar desse dinheiro pra eles melhorarem de vida. E aí, eu acho que está incorreto porque quando está numa situação dessa, eles não estão pensando naquele cidadão que está doente, eles estão pensando é no futuro deles.”</i>
DISCURSOS	<i>“O outro é a ideia da incapacidade civil permanente, a noção de que um doente mental nada poderia fazer a não ser internar-se para o resto da vida.”¹</i>
RECOMENDAÇÕES IV CNSM	<i>N. 753. Rever o processo de avaliações periciais, em uma ação conjunta das Secretarias Estaduais de Direitos Humanos, e Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, incluindo a fiscalização do curador nos casos de interdição legal, com suspensão imediata das curatelas nos casos de negligência e abandono pelos respectivos curadores.¹⁶</i>

TABELA 19. TEMA 4. Unidade de semelhança entre os dados analisados e dados complementares

Os dados destacados acima mostram o quanto este tema está ainda vinculado à discriminação e ao preconceito da população. Eles mostram a dificuldade da população em compreender a Lei, e um dos motivos é por existirem legislações em compassos diferentes.

Outro ponto que foi observado neste tema é a questão da capacidade civil (prevista no Código Civil), na qual as pessoas com grave sofrimento mental são objeto de incapacidade civil. Isso implica que o cidadão é um sujeito de direitos, garantidos pela Lei 10.216/2001, no entanto quando interditado (total ou relativamente) é considerado incapaz para exercer sua cidadania. Assim, nos casos em que a interdição se concretiza encontra-se uma ambiguidade no aparato legal, uma vez que a Lei 10.216/2001 caminha em desencontro com o Código Civil⁹⁰.

Para ser mais claro, o Código Civil, embora mais atual, pois sua última revisão foi realizada em 2002 (depois da publicação da Lei 10.216/2001), coloca a noção de incapacidade civil logo no Capítulo I – Personalidade e Capacidade:

Art. 3º “São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I - os menores de dezesseis anos;

II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV - os pródigos.⁹²

Diante de tal situação entende-se a necessidade de discutir com o judiciário via políticas públicas a importância de assegurar o direito de exercer a cidadania, ou seja, não utilizar a interdição, seja ela total ou relativa para proteger o usuário, pois no cotidiano essas medidas impedem o resgate da cidadania, a responsabilização do sujeito em encontrar o seu lugar social. Além disso, isto cria situações desagradáveis, como as encontradas nas falas descritas na TABELA 19 acima.

Para finalizar, com os dados do GF analisados, e observando os dados complementares, foi possível concluir que, para este tema, a Lei está adequada a sua competência, mas aponta a divergência entre Código Civil e os direitos assegurados na CF e na Lei em questão.

TEMA 12. Infratores mentalmente doentes

Este tema coloca o Brasil frente a um dos maiores desafios atuais quando discutimos saúde mental, por diferentes motivos, tais como: nem todo mundo que comete um crime é louco, nem todo louco, ou melhor, uma parcela muito pequena que tem algum diagnóstico psiquiátrico comete algum crime, garantir que um infrator não venha cometer outro ou novamente o mesmo crime é impossível, entre tantas outras.

Para a OMS, embora as disposições legislativas sejam tão distintas entre países, o tema é sempre complexo e abrange os sistemas de justiça criminal e de saúde mental forense. Assim, uma legislação mais adequada pode ajudar a prevenir e reverter a tendência de

descaso com essas pessoas no sistema penitenciário.³ No entanto, no Brasil, a discussão vai além, colocando o foco na responsabilização do usuário pelos seus atos, e não uma simples troca de pena por tratamento como veremos nas discussões deste tema.

Outro ponto é a forte relação com o Código Penal⁶¹, datado de 1940, embora várias leis alterem o texto, mas algumas ideias, convicções e conceitos desta época ainda estão impregnados ao longo do Código. Aqui focamos apenas na presunção de periculosidade, na inimputabilidade e a medida de segurança.

Ainda hoje, no rigor do Código Penal brasileiro, apenas a alguns indivíduos cabe atribuir a presunção de periculosidade, a saber, àqueles que forem considerados, no momento do cometimento do ato/crime, portadores de alguma patologia mental. (...) Nesses casos, a pessoa não será considerada responsável por seus atos e, no lugar de uma pena, será determinada uma sanção penal. No Brasil, será aplicada uma sanção conhecida como medida de segurança, que será cumprida em estabelecimento que deveria estar em condições de oferecer ao indivíduo o tratamento adequado a sua doença mental. A medida de segurança terá validade por tempo indeterminado, até o instante em que o sujeito, submetido a outro ou a outros exames médicos, obtiver um laudo que confirme positivamente a cessação da sua periculosidade. Esta cessação tem que ser atestada por dois psiquiatras.⁹² (p. 20).

Assim, a inimputabilidade coloca o infrator mentalmente doente em outra condição jurídica, a qual ele deve entrar em medida de segurança para realizar tratamento, seja em privação de liberdade em Hospitais de Custódia e Tratamento ou ambulatorial. Entretanto, na prática, pela dificuldade do Estado em articular políticas públicas, encontram-se pessoas abandonadas, depositadas numa espécie de prisão perpétua. Ainda mais que esses espaços não conseguem cumprir, de fato, ao que se propôs a ser.

A medida de segurança nada mais é que um dispositivo administrativo e penal que dá consequência à constatação da periculosidade. Assim, no caso do inimputável, sua periculosidade é necessariamente presumida. Consequentemente, quando comprovada a cessação da periculosidade, o juiz expede uma ordem de desinternação, equivalente a um alvará de soltura.⁹¹

A indeterminação da sanção penal (inimputabilidade) está relacionada à ideia do doente mental e à chance de cometer novos crimes motivados pela sua suposta patologia. É sustentada juridicamente pela ideia de que o portador de transtorno mental é uma pessoa incapaz de reconhecer o ato ilícito de seu ato, logo um irresponsável, assim um sujeito

capaz de cometer outro crime. Portanto, considera-se que a doença mental é incapacitante, impedindo o sujeito do que juridicamente compreende-se por responsabilidade.⁹²

Contudo, os termos jurídicos como inimputabilidade, periculosidade, medida de segurança exclusivos para infratores mentalmente doentes, na prática, são mais um instrumento de discriminação; privação de liberdade, tratamento são sinônimos de internação e medicação, mesmo que estes sejam previstos no Código Penal⁶¹ para proteger as pessoas dos supostos perigos.

Grupo Focal

CATEGORIA	ITENS/TEMAS	DADOS
III. Jurídico-Politica	12. Infratores Mentalmente doentes	<p>“Não fala na lei sobre o corte criminal porque de fato não tem que ser feita essa diferenciação, a não ser pelo código penal quando você coloca uma medida de segurança. Mas como a pergunta não avança só se considerar assim né, aqui no Brasil por ter a medida de segurança, aí não há esse espaço pra exercício do direito da família. Mas aqui não falou de medida de segurança!”</p> <p>“temos a medida de segurança ambulatorial”.</p>

TABELA 20 Tema 12. Dados Grupo Focal

Neste tema, a tabela abaixo apresenta que não houve nenhuma resposta “A”, seis respostas “B” e duas respostas “C”. Estas respostas nos remetem ao fato de que Código Penal se faz presente e que algumas questões não estão contempladas sequer no Código Penal ou na Lei 10.216/2001.

RESPOSTAS DA LISTA DE CHECAGEM NO GRUPO FOCAL	
QUESTÕES	RESPOSTA
Infratores mentalmente doentes.	
1) A legislação possibilita que se desvie um suposto infrator com um transtorno mental para o sistema de saúde mental em lugar de levá-lo a julgamento, levando em conta a gravidade do delito, a história psiquiátrica da pessoa, seu estado de saúde mental no momento do delito, a probabilidade de danos à saúde da pessoa e o interesse da comunidade em levá-la a julgamento?	B
2) A lei contém uma cláusula adequada dispondo que pessoas inaptas para suportar	

<p>juízo sejam avaliadas e que as acusações sejam retiradas ou suspensas enquanto elas passam por tratamento?</p>	C
<p>a) As pessoas que estão passando por tal tratamento recebem os mesmos direitos na lei que outras pessoas involuntariamente admitidas, inclusive o direito a revisão judicial por uma entidade independente?</p>	B
<p>3) A lei possibilita que pessoas julgadas pelos tribunais como “não responsáveis devido a deficiência mental” sejam tratadas em um estabelecimento de saúde mental e recebam alta assim que seu transtorno mental melhorar suficientemente?</p>	B
<p>4) A lei possibilita que no estágio do sentenciamento as pessoas com transtornos mentais recebam suspensão temporária de pena ou ordens de hospitalização, em lugar de serem sentenciadas à prisão?</p>	B
<p>5) A lei possibilita a transferência de prisioneiro condenado para um estabelecimento de saúde mental caso este se tornar mentalmente enfermo ao estar cumprindo sentença de prisão?</p>	B
<p>a) A lei proíbe que se mantenha um prisioneiro no estabelecimento de saúde mental por mais tempo que a sentença a menos que sejam adotados procedimentos de admissão involuntária?</p>	C
<p>6) A legislação estipula estabelecimentos de saúde mental seguros para infratores mentalmente doentes?</p>	B

TABELA 21. Tema 12. Respostas Checklist Grupo Focal

As respostas “B” todas fizeram referência ao Código Penal, no entanto como não existe sentença, e sim medida de segurança, fica evidente que boa parte das questões estão contempladas. Especificamente a Lei 10.216/2001 faz pouca menção explícita sobre o tema, mas na legislação cabe ao Código Penal fazer a descrição sobre o tema.

Vale destacar que a PNSM aos poucos vem avançando, incluindo tal público na RAPS, garantindo o acesso aos SRT’s e PVC e ações nos CAPS. Ainda existe um ponto de tensão nos casos das pessoas que estão privadas de liberdade, as quais a RAPS não acessa e o que lhes é ofertado são muros altos, regras e em alguns casos, o medicamento.

As duas respostas “C” referem-se a situações que o grupo entendeu que não estão contempladas em nenhuma lei vigente no Brasil. No entanto, são questões sob responsabilidade de outros aparatos jurídicos e não da Lei em apreciação.

DADOS COMPLEMENTARES

Discursos do Deputado Paulo Delgado

As falas dos discursos do Deputado colocam em cheque o papel e a delicadeza do tema em questão. Crítica a forma com que o parlamento brasileiro e o judiciário lidam com descaso com os infratores mentalmente doentes.

DISCURSOS

“Já é hora do parlamento brasileiro se movimentar outra vez e avançar na elaboração de leis correlatas, essenciais e inadiáveis, sobre a inimputabilidade e as medidas de segurança para o louco infrator”.

“Na época da aprovação da lei 10.216/2001 nós não conseguimos uma unidade para aprovar a imputabilidade, considerar culposo ou doloso o crime de um louco infrator. Então tivemos que tirar da lei o infrator.”

“Acho que no Brasil há uma prisão perpétua, mas no Brasil não tem prisão perpétua. O tempo maior de prisão, por pior crime que alguém cometa é trinta anos, mas para o doente mental infrator ele não tem revisão da sua pena, então em manicômios judiciário tem gente lá a mais de sessenta anos, morrem no manicômio judiciário.”

TABELA 22. Tema 12 . Dados Complementares Discursos Deputado¹

As falas descritas na tabela acima colocam a posição do deputado frente a questão dos infratores mentalmente doentes no Brasil. Pautado no princípio da responsabilização do sujeito pelos seus atos, contribui para o protagonismo do sujeito e sua reabilitação psicossocial.

Recomendações da IV CNSM

Identificaram-se várias recomendações, por exemplo, as de nº 740 a de nº 744. No entanto, nenhuma sugere alteração da Lei, apenas a mencionam.

n. 743. Criar um fórum intersetorial com participação das áreas de saúde, justiça, educação e assistência social das três esferas de governo, para discussão e deliberação a respeito da pessoa portadora de transtorno mental e/ou uso de álcool e outras drogas que cometeu atos infracionais, para garantia da atenção psicossocial (cuidado, proteção, tratamento e reinserção social), tendo como base a Lei 10.216 e as Políticas Nacional de Humanização e de Direitos Humanos.¹⁶ (p. 124)

UNIDADE DE SEMELHANÇA ENTRE OS DADOS ANALISADOS E DADOS COMPLEMENTARES

GRUPO FOCAL

“(…) porque aqui também está falando que as pessoas que são infratoras também tem o direito de se cuidar”.

DEPUTADO	<i>“(…) a maior inconsistência da lei penal é a inimputabilidade, o doente mental é considerado inimputável, ou seja, ele é considerado incapaz perante a lei, nós somos contra isso, nós achamos que todas as pessoas, mesmo os doentes mentais tem que saber a gravidade de seus atos e em surto o doente mental pode considerar seu ato um atenuante pelo fato de ser um doente mental, mas não livrar da privação da liberdade e de um tratamento compulsório”¹</i>
RECOMENDAÇÕES IV CNSM	<i>730. Outro tema de fundamental importância assinalado nas propostas aprovadas está relacionado à alteração do Código Penal Brasileiro, no sentido de excluir o conceito de “presunção de periculosidade” da pessoa com transtorno mental em situação de privação de liberdade e em presídios, sendo lhe garantido o direito à responsabilidade, à assistência e à reinserção social, extinguindo-se a reclusão em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Ainda no plano legal, é também de vital importância a reformulação da Lei de Execuções Penais, o Código Penal e o Código de Processo Penal, de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001, mediante a construção de soluções jurídicas, clínicas e sociais para as pessoas em sofrimento psíquico, durante o tempo que mantiverem relações com a justiça penal.</i>

TABELA 23. TEMA 12. Unidade de semelhança entre os dados analisados e dados complementares

Os dados, acima, possibilitam compreender que a condição de pena, tratamento e inimputabilidade, na prática, não convergem. Ou seja, a atenção psicossocial deve ser ofertada a toda e qualquer pessoa que a necessite, incluindo as que cometem algum crime. Posto isso, o fato da pessoa ser considerada mentalmente doente não deveria isentá-la de qualquer responsabilidade sobre seu ato.

Neste tema o GF questiona boa parte do aparato jurídico brasileiro, insatisfação com o Código Penal e todas as implicações que ele faz ao infrator mentalmente doente. Demanda uma complexa e efetiva integração entre os dois campos: saúde e a justiça.

Os dados analisados e os complementares apontam que tratamento deve ser ofertado para as pessoas, independente de cometerem crimes, e avança colocando uma proposta de qual caminho o Brasil poderia traçar.

Para finalizar, apresentou-se o conflito quanto ao aparato jurídico e a forma como o judiciário materializa as ações previstas no Código Penal. Contudo, no que se refere à Lei 10.216/01 considera-se seu texto adequado ao que ela se propõe a ser.

IV. CATEGORIA: Sociocultural

Esta categoria possibilitou uma análise relacional no tema: **13. Discriminação**. Por isso, discutiu-se o único tema existente nesta categoria.

Tema: 13. Discriminação

Refere-se ao comportamento humano de excluir, desprezar, agredir, segregar, separar, negar, estigmatizar, ou qual seja a forma de nomear o ato em si. Mas é ele que impede, no cotidiano, o legítimo reconhecimento de ser cidadão das pessoas com sofrimento mental. É por ele que há necessidade de construção, elaboração e revisão de um aparato jurídico para proteger grupos vulneráveis.

Neste caso, o tema em análise é um consenso ético mundial. É por isso que não demanda tanto debate, precisa, sim, de mudança de comportamento. Compartilhar afeto, trocar compreensões e contribuir para o protagonismo dos usuários, ou seja, saber lidar com as diferenças coloca o desafio de operar como uma sociedade mais digna.

De acordo com a OMS a lei deve proteger as pessoas com transtornos mentais e não ser uma forma declarada de práticas discriminatórias. Por exemplo, limitar sua participação, não podendo frequentar alguns espaços públicos, fazer viagens de aviões, entre tantos outros atos discriminatórios.³

Grupo Focal

De maneira geral, as discussões colocadas pelo GF perpassam pela situação cultural ainda predominante no Brasil da não inclusão e reconhecimento dos legítimos direitos a que a população manifesta por meio da discriminação. Assim, fica evidente que atos discriminatórios cotidianos são duramente enfrentados pelas pessoas ligadas à saúde mental.

Sabe-se que a Lei dá um grande salto nesse tema quando aponta, logo no seu artigo primeiro, os direitos sem discriminação de sexo, cor e raça.⁷

CATEGORIA	ITENS/TEMAS	DADOS
-----------	-------------	-------

IV. Sociocultural	13. Discriminação	<p>“A interromper? Não, ela fala dos direitos, né, assegurar qualquer forma de discriminação contra a raça, etc.etc.etc (...) é uma tentativa”.</p> <p>“Mas a lei inclui, né, eu acho que inclui”.</p> <p>“Inclui sim na prática que num acontece”.</p> <p>“A lei assegura qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau de gravidade ou tempo de evolução”.</p> <p>“Não tem pena se discriminar mas você pode ser responsabilizado civil por dano moral.”</p> <p>“A lei garante sim com maior discriminação, mas não exatamente na locação de moradia, fica falando no geral que não pode ter discriminação”.</p> <p>“Um cara tem transtorno, o pai dele paga um apartamento pra ele morar sozinho pra num morar dentro de casa com eles. Então tem discriminação sim, grande.”</p>
-------------------	-------------------	---

TABELA 24. Tema 13. Dados Grupo Focal

O tema tinha apenas um item no instrumento *Checklist* que foi respondido com “A”, assim, foi o único tema que apresentou resposta “A” sendo considerado como plenamente adequado. De fato, a Lei é bem clara em seu texto sobre discriminação.

RESPOSTAS DA LISTA DE CHECAGEM NO GRUPO FOCAL

QUESTÕES	RESPOSTA
1) A lei inclui disposições destinadas a interromper a discriminação contra pessoas com transtornos mentais?	A

TABELA 25. Tema 13. Respostas Checklist Grupo Focal

O grupo em pleno consenso considerou o conteúdo totalmente adequado. Identificou apenas um ponto e realizaram ensaio de um debate sobre a falta de sanção e/ou punição para pessoas que cometem excessos em atos de discriminação. Como hoje é previsto para discriminação racial. No entanto, todos consideram que isso se trata de danos morais aos quais é prevista punição.

DADOS COMPLEMENTARES

Discursos do Deputado Paulo Delgado

O Deputado nos faz refletir como o processo histórico legislativo interfere e ainda permanece no imaginário coletivo. E coloca algumas razões de como o processo de aprovação e implementação da Lei 10.216/2001 vem, gradualmente, transformando relações e alterando o cenário da saúde mental.

DISCURSOS

“Esta é uma Lei da Sociedade e seus movimentos por liberdade, atenção, justiça e harmoniosa convivência entre pessoas iguais e ao mesmo tempo diferentes.”

“A lei anterior a 10.216/2001/01 nasceu em razão de processo de estigmatização civil do doente mental, em que a base sanitária e a ideia da saúde dos loucos de todo gênero.”

“Primeiro dos dois preconceitos é a ideia da periculosidade, a concepção de que o doente mental é pessoa perigosa e insusceptível de responder ao contato social. O outro é a ideia da incapacidade civil permanente, a noção de que um doente mental nada poderia fazer a não ser internar-se para o resto da vida.”

“A primeira grande instituição psiquiátrica foi o manicômio, instituída com o objetivo de proteger pessoas do preconceito e da estigmatização”.

TABELA 26. TEMA 10. Dados Complementares Discursos Deputado¹

As falas acima elucidam o quão difícil são os processos de discriminação e que podem ser percebidos em casos explícitos quando legitimados pelo Estado como o Código Penal.

Recomendações da IV CNSM

Em um número significativo foi possível identificar a unidade de registro deste tema em diferentes recomendações. Assim, ele se apresenta tanto como um subtema do eixo III – Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial, no caso do *Combate ao estigma e respeito à diferença e à diversidade*, quanto como recomendações em outros diferentes temas e subtemas da CNSM.

Algumas recomendações propõem como deve ser a condução da política nacional, visando superar e romper barreiras da discriminação.

n. 630. Implementar, nas três esferas do governo, processos de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate a todas as formas de racismo e de discriminação, visando a redução das desigualdades étnico raciais no campo da Saúde Mental.¹⁶ (p.108)

UNIDADE DE SEMELHANÇA ENTRE OS DADOS ANALISADOS E DADOS COMPLEMENTARES

GRUPO FOCAL	<i>“A gente chamou a comunidade pra tratar desse assunto, né, nós tivemos uma dificuldade tão grande de aceitação, mas muito grande, e aí a gente viu que na verdade as pessoas não tem totalmente esclarecimento do que é saúde mental até tem um nome bonito médico agora é saúde, né?”.</i>
DEPUTADO	<i>Muitos psiquiatras me dizem “Paulo, se você colocar um doente mental num hospital geral você pode provocar um mal-estar. Ele vai assustar os pacientes de outra área”. Pois eu digo a esses médicos “Quem assusta mais, um louco em surto ou uma pessoa tendo um ataque cardíaco na sua frente?”. O cardíaco pode matar o louco de susto mais do que o surto mata o cardíaco do coração. Não devemos produzir estigmas. Essa ideia de ver o doente mental de um lado, o cardíaco é do outro, etc, como já disse é bem uma estratégia da divisão do corpo humano que nós não devemos aceitar.”¹</i>
RECOMENDAÇÕES DA IV CNSM	<i>Nº 989. Criar um sistema e serviço de disque-denúncia, com conhecimento público, de fácil acesso e com garantias de anonimato, para pessoas com transtorno mental que vivem situações de cárcere privado, maus tratos e preconceitos.</i>

TABELA 27. Tema 13. Unidade de semelhança entre os dados analisados e dados complementares

A comparação dos dados reforça que a questão destacada pelo tema da Discriminação ainda está intimamente relacionada à cultura da população, ou seja, embora a lei já tenha superado esse tema, no dia a dia da população são presentes atos e comportamentos discriminatórios, muitas vezes por haver um desconhecimento do fazer diferente.

As citações acima são exemplos concretos de atos discriminatórios vividos no cotidiano de alguns participantes e como eles lidam com a situação constrangedora que demandou o enfrentamento. Materializando a ideia de que a discriminação constitui-se num fenômeno complexo que, por um lado, implica diversos aspectos psicológicos e, por outro, práticas econômicas, sociais e culturais específicas.

No entanto, a fala destacada do GF apresentou como o participante tentou sensibilizar a sua comunidade para incluir, aceitar e, minimamente, considerar as pessoas com transtornos mentais daquela comunidade, exemplificando como essa mudança é terapêutica e contribui para a garantia dos direitos.

O Deputado coloca uma situação mais delicada, exemplifica como a própria classe médica pode ser também discriminatória e apresentar total desconhecimento sobre a saúde mental.

O que impressiona é o fato de serem profissionais da saúde e responsáveis pelo cuidado clínico das pessoas, o que implica necessariamente a relação e aceitação incondicional na preservação da vida.

As recomendações apontam para a implementação de novos instrumentos que favorecem a agilidade e a recepção do ato de violação. Reforçam o desafio de superar as barreiras da discriminação, apontando assertivamente algumas falhas ainda a serem superadas.

Embora o tema no Brasil pareça superado pela Lei, na prática, temos exemplos de que isso ainda faz parte do cotidiano da população. O que não quer dizer que a Lei não seja necessária, muito pelo contrário, sem ela pouco ainda teríamos avançado neste tema.

Toda essa mudança de perspectivas demanda o rompimento de inúmeros paradigmas sociais. Considerando que se trata de um processo contínuo, é no cotidiano que realmente assegura-se a transformação, isto quer dizer que a discriminação é alvo de toda essa transformação.

Para este tema devemos considerar a Portaria nº 3088/11 que institui a RAPS, aponta como diretriz de funcionamento da rede o combate a estigmas e preconceitos, o que, na prática, impõe atos e comportamentos não discriminatórios. Isto vai ao encontro da recomendação da IV CNSM e operando em consonância com o texto da Lei 10.216/01. Após a discussão percebe-se que o texto da Lei contempla este tema, uma vez que se refere claramente a não discriminação. Vale destacar que todo debate técnico e ideológico da RPB visa a superação da discriminação, tendo em vista que, caso não houvesse atos e comportamentos discriminatórios, dispensaria boa parte do aparato e sistema de garantias de direitos em saúde mental.

Para as conclusões finais do estudo os dados produzidos no GF, incluindo as respostas do **Checklist**, foram suficientes para compreender a abrangência e as limitações dos atos normativos. Resumidamente, para cada tema o **Checklist** produziu efeitos importantes favorecendo a aprendizagem e permitindo a indicação direta de recomendações e considerações finais, alvo do próximo capítulo.

A análise geral das respostas dadas no *Checklist*, no total, foi: 163 questões avaliadas, das quais 55 foram “A”, 42 “B” e 59 “C” e 6 não se aplicam ao contexto brasileiro. Assim, somadas, “A” e “B” são maioria em 59% das respostas contra 36% das “C” e 5% das que não se aplicam.

O aprofundamento nos debates deixou evidente que nenhum tema apontou a necessidade de alteração do texto da Lei, mas de se qualificar os atos normativos que se desdobram a partir dela, aplicá-la de forma correta e, principalmente, alterar os Códigos Civil e Penal quando mergulhamos nos Temas 4 e 12.

Um dos objetivos do *Checklist* é contribuir para o processo de implementação da legislação para que esta atenda a padrões e boas práticas de Direitos Humanos. De maneira geral, após análise dos dados produzidos pelo GF, tanto o preenchimento do *Checklist* quanto os debates a partir dele, no fazem concluir que o conteúdo e abrangência da Lei 10.216/01 estão adequados ao que se espera de uma lei no contexto brasileiro.

CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando o contexto atual da saúde mental fica evidente um cenário que busca se adaptar às novas demandas, lutando para modificar o modelo antigo de tratamento que caminha tão distante do processo de construção de país.

É fato que o Brasil é um país que em sua Constituição se propõe a ser uma democracia representativa. No entanto, lutamos e construímos uma democracia participativa. Cada vez mais temos criado mecanismos de participação social nas decisões do Estado como, por exemplo, o Decreto nº 8.243/14⁹³, que institui a Política Nacional de Participação Social-PNPS.

É evidente que a saúde mental, hoje, vive um perigoso quadro de esgarçamento do tecido social, isso significa que somos uma sociedade democrática representativa e cada vez mais participativa que está no limite da miséria, injustiça social, marginalidade que repercutem em sofrimento mental.

Tendo em vista o histórico e a análise durante o processo de realização desta pesquisa concluiu-se que, em geral, a Lei 10.216/01 tem seu conteúdo adequado com a sua finalidade, por contemplar todos os itens, quando consideramos outras leis, decretos e portarias vigentes.

Observando ponto a ponto é importante considerar que em alguns temas há a necessidade de aperfeiçoar e resolver alguns pontos de tensão colocados na análise dos dados, como por exemplo, as internações involuntárias e compulsórias.

Desta forma, recomenda-se ao Ministério da Saúde a elaboração de um Sumário Executivo, com o detalhamento da PNSM, garantindo algumas definições em saúde mental. Apresentando a coerência que segue ao materializar a lei 10.216/2001 na sua política. E afirmar o empenho em implantar e consolidar a RAPS em todo território nacional.

Para a Gestão Federal e movimentos sociais realizarem a necessária revisão de algumas portarias que são a aplicação real da Lei, as quais se encontram desatualizadas, são elas: portaria 251/2002 e 336/2002.

Recomenda-se ainda, em caráter de urgência, ao Ministério da Saúde, Ministério Público e Secretaria de Direitos Humanos a revogação das Portarias nº 2.391/02, e 3.347/07 e a conseqüentemente a elaboração de novos atos normativos para tais temas, considerando que ambas não conseguiram ser operadas de fato.

Conclui-se que a lei sustenta a PNSM, assegura e promove boa parte dos direitos das pessoas em sofrimento mental, mas ainda precisamos fortalecer o processo de formação e implementação da lei, em diferentes campos epistemológicos e práticas de saberes, e, desse modo, produzir fortemente ecos na sociedade e em cada comunidade. Principalmente entre o SUS e o Judiciário para um alinhamento conceitual e a aplicação e regulamentação da Lei 10.216/2001

Uma questão que merece destaque é incluir nas discussões um processo de educação da comunidade e a compreensão que a **CRPD** inclui a saúde mental. Assim pode-se afirmar que a **CRPD** é reafirmada pela lei 10.216/01. Sendo assim, essas questões atenderiam as necessidades para garantir e promover os direitos das pessoas com sofrimento psíquico no Brasil.

REFERÊNCIAS

Fontes Documentais:

(I) BRASIL. Câmara dos Deputados. Discursos do Deputado Paulo Delgado. 1989 a 2011. Brasília, DF. Compilado fornecido pela Biblioteca da Câmara dos Deputados. 24 páginas. 2014.

Fontes Bibliográficas:

(1) DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. Reforma Psiquiátrica no Brasil: ideais, atores e instituições políticas. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 16 nº12. Rio de Janeiro: ABRASCO, Dez, 2011, p. 4701 - 4706.

(2) L'ABBATE, Solange. Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS. São Paulo: Hucitec, 2010.

(3) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Livro de recurso da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: cuidar sim - excluir não. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2005.

(4) BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado 1988.

(5) _____. Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Seção1, p.18055 - 18059.

(6) MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. Saúde mental no contexto do Direito Sanitário In: COSTA, Alexandre Bernardino, et al O Direito Achado na Rua: Introdução Crítica Ao Direito À Saúde. Brasília: CEAD/ UnB, 2009

(7) BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

(8) DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: novos diálogos entre a saúde mental e o direito. Revista Jurídica Consulex. Ano XIV – nº320. 15 de maio de 2010.

(9) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Caracas. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990, nov. 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

(10) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Suíça, 2001

(11) DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. Arquivos Brasileiros de Psicologia. Vol 63, Nº 2. 2011.

(12) BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: janeiro de 2007, 85 p.

(13) _____. Portaria Interministerial Nº 3.347, de 29 de dezembro de 2006. Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Disponível em:

(14) WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health policy, plans and programmes (updated version 2). Geneva, 2005 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

(15) BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Republicada em 20 de maio de 2013. D.O.U Seção 1, Nº 96, terça-feira, 21 de maio de 2013.

(16)_____. Conselho Nacional De Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília:Conselho Nacional de saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

- (17) COSTA, Nilson do Rosário et al. Atores, política pública e instituições da reforma psiquiátrica brasileira. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 16 nº12. Rio de Janeiro: ABRASCO, Dez, 2011, p.4576-4577.
- (18) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- (19) PITTA, Ana Maria Fernandes. Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 16 nº12. Rio de Janeiro: ABRASCO, Dez, 2011, p.4579-4589.
- (20) NICACIO, Maria Fernanda de Silvío. [Doutorado] Universidade Estadual de Campinas, Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, 2003. 205p.
- (21) AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- (22) VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: _____ . Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São Paulo, SP: Editora Hucitec, 2010, pp.17 - 72.
- (23) RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (Org). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, RJ, Editora Vozes: 2007
- (24) DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da Psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (org.) Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, RJ, Editora Vozes: 2007.
- (25) BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF, 1988. 43p

- (26) SCHECHTMAN, Alfredo, ALVES, Domingos Sávio. A organização da Política de Saúde Mental. In: JORGE, Marco Aurélio Soares. Políticas e Cuidado sem Saúde Mental: Contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, RJ Editora Fiocruz, 2014.
- (27) II ENCONTRO NACIONAL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL. Manifesto de Bauru. 1987. 2p
- (28) BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. 1990-2004. Série E. Legislação em saúde. 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF, 2002a. p.227
- (29) KINOSHITA, Roberto Tykanori. Em Busca da Cidadania. In: Campos, F.C.B. e Henriques, C.M.P (Org.). Contra a Maré a Beira-Mar. 2ed.São Paulo: HUCITEC, 1997, v. 1, p. 67-77.
- (30) TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1) : 25-59, jan.-abr. 2002.
- (31) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 jan. 1992. Seção 1.
- (32) _____. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF, 1992b. 63p.
- (33) _____. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 298/99, de 02 de dezembro de 1999, instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM para acompanhar a política de saúde mental em nível nacional.
- (34) _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 106. 17 de junho de 2000. Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais.
- (35) _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

- (36) SARACENO, Benedetto. Libertando Identidades - da realidade psicossocial à cidadania possível. 2ª edição. Rio de Janeiro. Te Corá Editora, 2001.
- (37) BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário Nacional sobre o Direito à Saúde Mental - Regulamentação e Aplicação da Lei nº 10.216/01. Brasília: Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados/Ministério da Justiça/Ministério Público Federal/Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais de Justiça/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2001
- (38) _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Caderno Informativo. Brasília, DF, 2001. 85p.
- (39) AMARANTE, Paulo. Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação a distância, volume 1, 2 e 3 / Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.
- (40) BRASIL. Portaria nº 251 de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 01 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002c.
- (41) _____. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Diário Oficial da União, 20 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002c.
- (42) _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2391/GM, de 06 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei no 10.216/01, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.

- (43) _____. Ministério da Saúde. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. D.O.U. 1 de agosto 2003
- (44) _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2077 DE 31 DE OUTUBRO DE 2003 Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. D.O.U. 01 de novembro de 2003. Brasília.
- (45) _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do Programa “De Volta para Casa”. Brasília, 2003. 18p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- (46) _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. D.O.U. de 21 de janeiro de 2004. Brasília.
- (47) _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 53 de 19 de março de 2004. Estabelece Nova Classificação dos Hospitais Psiquiátricos, prevista no Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004, instituído pela Portaria nº52/04. D.O.U. 20 de março de 2004. Brasília.
- (48) _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2644 de 28 de outubro de 2009. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. D.O.U. 29 de outubro de 2009. Brasília.
- (49) _____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. D.O.U. 29 de junho de 2011. Brasília.
- (50) _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).D.O.U. 31 de dezembro de 2010. Brasília.

(51) _____. Ministério da Saúde. Portaria N° 3089 de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). D.O.U. 24 de dezembro de 2011. Brasília.

(52) _____. Ministério da Saúde. Portaria N° 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).D.O.U.24 de dezembro de 2011. Brasília.

(53) _____. Ministério da Saúde. Portaria N° 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. D.O.U. 27 de janeiro de 2012. Brasília.

(54) _____. Ministério da Saúde. Portaria N° 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. D.O.U. 26 de janeiro de 2012. Brasília.

(55) _____. Ministério da Saúde. Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. D.O.U.26 de janeiro de 2012. Brasília.

(56) _____. Ministério da Saúde. Portaria. N° 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. D.O.U. 01 de fevereiro de 2012.

(57) _____. Ministério da Saúde. Portaria. Portaria N° 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. D.O.U. 23 de agosto de 2012. Brasília.

(58) _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

(59) I ENCONTRO NACIONAL DA RAPS. Carta do I Encontro Nacional da RAPS, 2013. 1p.

(60) MUSSE, Luciana Barbosa. Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito Rio de Janeiro, Campus Jurídico, Elsevier, 2008. 174p.

(61) BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Vade mecum. São Paulo: Saraiva, 2008.

(62) _____. Decreto nº 82, de 18 de Julho de 1841. Disponível em:

(63) BOBBIO, Norberto. A Era dos Direitos. Editora Campus: Rio de Janeiro, 1992 Trad: Carlos Nelson Coutinho.

(64) LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; CORREIA, Ludmila Cerqueira. Sofrimento Mental E Os Desafios Do Direito À Saúde. Revista RDisan-USP, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 139-160 Nov.2011/Fev.2012

(65) DELGADO, Paulo. O Desafio da Reforma. In: Revista Cidadania outros olhares. Câmara dos Deputados, Brasília.

(66) BRASIL. Projeto de Lei 3.657/89. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Diário do Congresso Nacional, Brasília, 29 setembro, 1989.

(67) DELGADO, Paulo. Humanismo, Ciência e Democracia - Os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. Cad. Bras. Saúde. Mental, Vol. 1, nº1, jan-abr, 2009, p. 1-9

(68) WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, 2012. Disponível em:

(69) DREW, Natalie, et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. The Lancet, , Pages 1664 - 1675, 5 November 2011.

(70) ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948.

(71) BRASIL, Promulga a Declaração de Reconhecimento da Competência Obrigatória da Corte Interamericana de Direitos Humanos, sob reserva de reciprocidade, em consonância com o art. 62 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José), de 22 de novembro de 1969. D.O.U. 11 de novembro de 2002

(72) PATEL , Vikram; Prince Martin, Global Mental Health. A New Global Health Field Comes of Age. JAMA. 2010;303(19):1976-1977.

(73) UNITED NATIONS. Enable: Resolution nº56/168. Comprehensive and integral international convention to promote and protect the rights and dignity of persons with disabilities. Resolution adopted by the General Assembly [on the report of the Third Committee (A/56/583/Add.2)]. 2002.

(74) _____. Enable: Development and human rights for all. Official website of the Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD).

Disponível em: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=15&pid=150#text>

(75) BRASIL, Decreto Presidencial Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. DOU de 26.8.2009.

(76) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Universidade de São Paulo; 2003.

- (77) MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: _____(org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. P.9-30
- (78) MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 12 ed. 269 p. 2010.
- (79) GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. P.9-30
- (80) GIBBS, Grahame. Análise de dados qualitativos. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: ARTMED, 2009.198p
- (81) MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: _____(org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. P.61-77
- (82) IERVOLINO, Solange Abrocasi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev. Esc. Enf. USP, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.
- (83) BARBOUR, Rosaline. Grupos Focais. Trad. Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2009. 216p.
- (84) BARDIN, Laurence. (1977). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70. 2011.
- (85) FRANCO, Maria Laura P. B. Análise de Conteúdo. 3 ed. Brasília: Liber livro editora, 2008
- (86) BRASIL. Decreto 24.559 de 1934. Revogou o anterior de 1903 e "Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos.

(87) PEREIRA, Rosemary Corrêa. Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01).Doutorado. Rio de Janeiro: s.n., 2004. 244 p

(88) BRASIL, Decreto Presidencial Nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social - Pronacoop Social, e dá outras providências. DOU de 20.12.2013 - Edição extra.

(89) _____. Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. D.O.U. de 14 de agosto de 2009. Brasília.

(90) Brasil. Código civil, 2002. Código civil. 53.ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

(91) DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Te Corá, 1991 - 246 p.

(92) BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Por uma política de atenção integral ao louco infrator - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

(93) BRASIL. Decreto Presidencial Nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. DOU de 26.5.2014

ANEXOS

LEI 10.216/01

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a

devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

CHECKLIST DA OMS

Lista de Checagem da OMS para a Legislação de Saúde Mental	
<p>Para cada componente incluído na lista de checagem é necessário formular três perguntas:</p> <p>a) A questão foi adequadamente coberta na legislação? b) Ela foi coberta, mas não de maneira plena e abrangente? c) Ela não chegou a ser coberta?</p> <p>Se a resposta for (b) ou (c), a comissão que realiza a avaliação deve decidir sobre a viabilidade e relevância local da inclusão da questão, resultando na elaboração de legislação apropriada às condições locais.</p> <p style="text-align: center;">A lista de checagem não cobre toda e qualquer questão que pode ou deve ser incluída na legislação. Isso não quer dizer que outros itens não tenham importância e que os países não devam adotá-los; entretanto, em favor da simplicidade e facilidade de uso, limitou-se o escopo dessa lista de checagem.</p> <p>Se (b), explique: por que ela não é adequadamente contemplada. Se (c), explique por que não é contemplada na legislação vigente Se (b) ou (c), explique como/se ela deve ser incluída na nova legislação, se necessário, podem-se acrescentar informações adicionais a novas páginas</p> <p style="text-align: center;">Questão legislativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que está faltando ou é problemático na cláusula existente. 	<p><u>Até que ponto é contemplada na legislação.</u></p> <p>(assinale uma opção) a) Adequadamente contemplada. b) Contemplada até certo ponto. c) Não contemplada.</p>
<p>A. Preâmbulo e objetivos:</p> <p>1. A legislação tem um preâmbulo que enfatiza:</p> <p>a) Os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais? b) a importância de serviços de saúde mental acessíveis a todos?</p> <p>2. Legislação específica que o propósito e objetivos a serem alcançados incluem:</p> <p>a) não discriminação contra pessoas com transtornos mentais? b) promoção e proteção dos direitos de pessoas com transtornos mentais? c) melhor acesso a serviços de saúde mental? d) uma abordagem de base comunitária?</p> <p>B. Definições</p> <p>1) Há uma definição clara de transtorno mental/doença mental/ deficiência mental/incapacidade mental?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>

<p>2) A partir da legislação fica evidente por que foi escolhido o termo específico (acima)?</p> <p>3) A legislação é clara sobre se retardamento mental / deficiência intelectual, transtornos de personalidade e abuso de substâncias estão contemplados ou não na legislação?</p> <p>4) Todos os termos chaves da legislação estão definidos com clareza?</p> <p>5) Todos os termos chaves são empregados coerentemente ao longo de toda a legislação (ou seja, não são intercambiados com outros termos com significados Semelhantes)?</p> <p>6) Todos os termos “interpretáveis” (ou seja, termos que podem ter várias interpretações ou significados possíveis ou podem ser ambíguos em termos de seu significado) são definidos na legislação?</p>	
<p>C. Acesso à atenção à saúde mental</p> <p>1) A legislação tem disposições para o financiamento dos serviços de saúde mental?</p> <p>2) A legislação estipula que os serviços de saúde mental devem ser fornecidos numa base igual à da atenção à saúde física?</p> <p>3) A legislação garante alocação de recursos a populações sub atendidas e especifica que esses serviços devem ser culturalmente adequados?</p> <p>4) A legislação promove a saúde mental no âmbito da atenção básica à saúde?</p> <p>5) A legislação promove o acesso a drogas psicotrópicas?</p> <p>6) A legislação promove uma abordagem psicossocial, reabilitadora?</p> <p>7) A legislação promove o acesso a seguro saúde no setor de saúde pública e privada para pessoas com transtornos mentais?</p> <p>8) A legislação promove a atenção comunitária e a desinstitucionalização?</p> <p>D. Direitos dos usuários de serviços de saúde mental</p> <p>1) A legislação inclui os direitos ao respeito, à dignidade e a ser tratado de maneira humana?</p> <p>2) O direito dos pacientes à confidencialidade com relação a informações sobre si mesmos, sua doença e tratamento é incluído?</p> <p>a) Existem sanções e penalidades para pessoas que transgridam a confidencialidade dos pacientes?</p> <p>b) A legislação prevê circunstâncias excepcionais em que a confidencialidade pode ser legalmente violada?</p> <p>c) A legislação concede aos pacientes e seus representantes pessoais o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de liberação de informações?</p>	

- 3) A legislação concede aos pacientes acesso livre e pleno a informações sobre si mesmos (inclusive acesso a seus registros clínicos)?
- a) As circunstâncias nas quais esse acesso pode ser negado são descritas?
- b) A legislação concede aos pacientes e seus representantes pessoais o direito de pedir revisão judicial de, ou apelar contra, decisões de reter informações?
- 4) A lei especifica o direito de ser protegido de tratamento cruel, desumano e degradante?
- 5) A legislação estabelece as condições mínimas a serem mantidas em estabelecimentos de saúde mental para um ambiente terapêutico e higiênico?
- 6) A lei insiste na privacidade de pessoas com transtornos mentais?
- a) A lei é clara sobre os níveis mínimos de privacidade a serem respeitados?
- 7) A legislação proíbe o trabalho forçado ou inadequadamente remunerado dentro de instituições de saúde mental?
- 8) A lei dispõe sobre: atividades educacionais, treinamento vocacional, lazer e atividades recreativas, e necessidades religiosas ou culturais de pessoas com transtornos mentais?
- 9) As autoridades de saúde são compelidas pela lei a informar aos pacientes os seus direitos?
- 10) A legislação assegura que os usuários dos serviços de saúde mental se envolvam na política de saúde mental, desenvolvimento de legislação e planejamento de serviços?

E. Direitos dos familiares e outros atendentes/ acompanhantes

- 1) A lei autoriza familiares ou outros atendentes imediatos a ter informações sobre a pessoa com um transtorno mental (a menos que o paciente se oponha à divulgação dessas informações)?
- 2) Os membros da família ou outros atendentes imediatos são incentivados a se envolver na formulação e implementação do plano de tratamento individualizado do paciente?
- 3) Familiares ou outros atendentes imediatos têm o direito de apelar contra decisões de admissão e tratamento involuntários?
- 4) Familiares ou outros atendentes imediatos têm o direito de solicitar alta de infratores mentalmente doentes?
- 5) A legislação assegura que os familiares ou outros atendentes se envolvam no desenvolvimento de planos de política, legislação e planejamento de serviços de saúde mental?

F. Competência, capacidade e tutela

1) A legislação dispõe sobre a administração dos negócios de pessoas com transtornos mentais caso eles sejam inaptos para tal?

2) A lei define “competência” e “capacidade”?

3) A lei formula um procedimento e critérios para determinação da incapacidade/incompetência de uma pessoa com relação a questões como decisões de tratamento, seleção de um substituto na tomada de decisões, tomada de decisões financeiras?

4) São estabelecidos procedimentos para apelações contra decisões de incapacidade/incompetência e para revisões periódicas de decisões?

5) A lei estabelece procedimentos para a designação, duração, deveres e responsabilidades para um tutor atuar em nome de um paciente?

6) A lei determina um processo para definir em quais áreas um tutor pode tomar decisões em nome de um paciente?

7) A lei prevê uma revisão sistemática da necessidade de um tutor?

8) A lei dispõe que um paciente possa apelar contra a designação de um tutor?

G. Admissão e tratamento voluntário

1) A lei promove a admissão e tratamento voluntário como uma alternativa preferencial à admissão e tratamento involuntários?

2) A lei estipula que todos os pacientes voluntários apenas podem ser tratados após obtido o consentimento informado?

3) A lei estipula que pessoas admitidas como usuários de saúde mental voluntários devem ser atendidas de maneira equivalente a como são atendidos os pacientes com problemas de saúde física?

4) A lei estipula que a admissão e tratamento voluntários também implicam o direito à alta/recusa voluntária de tratamento?

5) A lei estipula que os pacientes voluntários devem, no momento da admissão, ser informados de que eles apenas perderão o direito de sair caso se enquadrem nas condições para a atenção involuntária?

H. Pacientes não protestadores

1) A lei dispõe sobre pacientes incapazes de tomar decisões informadas sobre admissão ou tratamento, mas que não recusam admissão ou tratamento?

2) As condições nas quais um paciente não protestador pode ser admitido e tratado são especificadas?

3) A lei estipula que, caso os usuários admitidos ou tratados nos termos dessa disposição objetem à sua admissão ou tratamento, eles devem receber alta ou ter o tratamento interrompido a menos que se enquadrem nos critérios para admissão

involuntária?

I. Admissão involuntária (quando separada do tratamento) e tratamento involuntário (onde admissão e tratamento se combinam)

1) A lei estipula que a admissão involuntária apenas pode ser concedida se:

- a) houver evidência de transtorno mental de gravidade especificada?
- b) houver grave probabilidade de dano ao próprio paciente ou a outros e/ou considerável probabilidade de grave deterioração na condição do paciente se o tratamento não for feito?
- c) a admissão tiver um propósito terapêutico?

2) A lei estipula que dois clínicos de saúde mental credenciados devem atestar que os critérios para admissão involuntária foram atendidos?

3) A lei insiste no credenciamento de um estabelecimento para a admissão de pacientes involuntários?

4) O princípio do ambiente menos restritivo é aplicado às admissões involuntárias?

5) A lei dispõe que uma autoridade independente (uma junta ou tribunal de revisão, por exemplo) autorize todas as admissões involuntárias?

6) São estabelecidos prazos nos quais a autoridade independente deve tomar uma decisão?

7) A lei insiste que os pacientes, familiares e representantes legais sejam informados dos motivos para admissão e de seus direitos de apelação?

8) A lei garante o direito de apelar contra uma admissão involuntária?

9) A lei inclui uma cláusula para revisões periódicas e a intervalos regulares de admissão involuntária (e “voluntária” de longo prazo) por uma autoridade independente?

10) A lei especifica que os pacientes devem receber alta de admissão involuntária tão logo não se enquadrem mais nos critérios para admissão involuntária?

J. Tratamento involuntário (quando separado da admissão involuntária)

1) A lei define os critérios que devem ser atendidos para tratamento involuntário, entre os quais que:

- O paciente sofre de um transtorno mental?
- O paciente carece de capacidade para tomar decisões informadas de tratamento?
- O tratamento é necessário para produzir uma melhora na condição do paciente e/ou restabelecer a capacidade para tomar decisões de tratamento e/ou prevenir grave deterioração e/ou evitar injúria ou dano ao próprio paciente ou aos demais?

2) A lei estipula que um plano de tratamento seja proposto por um clínico credenciado com experiência e conhecimento para fornecer o tratamento?

<p>3) A lei dispõe que um segundo clínico concorde com o plano de tratamento?</p> <p>4) Uma entidade independente é instalada para autorizar tratamento involuntário?</p> <p>5) A lei estipula que o tratamento se dê apenas por um prazo limitado?</p> <p>6) A lei garante o direito de apelar contra tratamento involuntário?</p> <p>7) A legislação prevê revisões ágeis, regulares e periódicas de tratamento involuntário?</p> <p>K. Consentimento por procuração para tratamento.</p> <p>1) A lei dispõe que uma pessoa possa consentir com o tratamento em nome de um paciente caso se constate que esse paciente é incapaz para dar consentimento?</p> <p>2) O paciente tem o direito de apelar contra uma decisão de tratamento à qual um procurador tenha dado consentimento?</p> <p>3) A lei dispõe sobre o uso de “diretrizes de antemão” e, neste caso, o termo é definido com clareza?</p> <p>L. Tratamento involuntário em estabelecimentos comunitários</p> <p>1) A lei dispõe sobre tratamento involuntário na comunidade como uma alternativa “menos restritiva” a um estabelecimento de saúde mental com tratamento por internação?</p> <p>2) Todos os critérios e salvaguardas necessários para tratamento involuntário por internação também são incluídos para tratamento involuntário sediado na comunidade?</p> <p>M. Situações de emergência</p> <p>1) Os critérios para admissão/tratamento de emergência se limitam a situações em que haja uma alta probabilidade de perigo imediato e iminente de dano ao paciente e/ou aos demais?</p> <p>2) Existe na lei um procedimento claro para admissão e tratamento em situações de emergência?</p> <p>3) A lei dá margem a que um clínico geral ou clínico de saúde mental admita e trate casos de emergência?</p> <p>4) A lei especifica um prazo para a admissão de emergência (normalmente não mais do que 72 horas)?</p> <p>5) A lei especifica a necessidade de iniciar os procedimentos para admissão e tratamento involuntários, caso necessários, o mais cedo possível após encerrada a situação de emergência?</p> <p>6) Tratamentos como ECT, psicocirurgia e esterilização, bem como a participação em ensaios clínicos ou experimentais são proibidos para pessoas consideradas como casos de emergência?</p>	
---	--

7) Os pacientes, familiares e representantes pessoais têm o direito de apelar contra admissão/tratamento de emergência?

N. Determinações de transtorno mental

1) A legislação:

a) Define o nível de qualificações necessário para diagnosticar transtorno mental?

b) Especifica as categorias de profissionais que podem avaliar uma pessoa para determinar a existência de um transtorno mental?

2) Codifica em lei o credenciamento de clínicos e determina que o credenciamento seja efetuado por uma junta independente?

O. Tratamentos especiais

1) A lei proíbe a esterilização como tratamento para transtorno mental?

a) A lei especifica que o mero fato de ter um transtorno mental não deve ser motivo para esterilização ou aborto sem consentimento informado?

2) A lei exige consentimento informado para procedimentos médicos e cirúrgicos maiores em pessoas com transtorno mental?

a) A lei permite procedimentos médicos e cirúrgicos sem consentimento informado, caso a espera por consentimento informado possa colocar em risco a vida do paciente?

b) Em casos em que a inaptidão para consentir tenda a ser de longo prazo, a lei prevê autorização para procedimentos médicos e cirúrgicos concedida por uma junta de revisão independente ou mediante consentimento por procuração de um tutor?

3) A psicocirurgia e outros tratamentos irreversíveis são proibidos para pacientes involuntários?

a) Existe uma entidade independente para garantir que haja de fato consentimento informado para psicocirurgia ou outros tratamentos irreversíveis para pacientes involuntários?

4) A lei especifica a necessidade de consentimento informado ao usar ECT?

5) A lei proíbe o uso de ECT não modificada?

6) A lei proíbe o uso de ECT em menores?

P. Isolamento e restrições.

1) A lei estipula que o isolamento e restrições apenas sejam utilizados em casos excepcionais para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos outros?

2) A lei estipula que o isolamento e restrições nunca sejam usados como meio de punição ou para a conveniência do pessoal do estabelecimento?

3) A lei especifica um prazo máximo de restrição para o qual o isolamento e as restrições podem ser usados?

4) A lei assegura que um período de isolamento e restrição não seja imediatamente acompanhado por outro?

5) A lei incentiva o desenvolvimento de requisitos de recursos estruturais e humanos adequados que minimizem a necessidade de utilizar o isolamento e restrições em estabelecimentos de saúde mental?

6) A lei estipula procedimentos adequados para o uso do isolamento e restrições inclusive:

- quem deve autorizá-lo,
- que o estabelecimento deve ser credenciado,
- que as razões e a duração de cada incidente sejam registradas em um banco de dados e colocados à disposição de um conselho de revisão, e que os familiares/atendentes e representantes pessoais sejam imediatamente informados quando o paciente for submetido a isolamento e/ou restrição?

Q. Pesquisa clínica e experimental

1) A lei estipula que se deva obter consentimento informado para a participação em pesquisa clínica ou experimental tanto de pacientes voluntários como de pacientes involuntários que tenham a aptidão para consentir?

2) Nos casos em que uma pessoa seja incapaz de dar consentimento informado (e em que foi tomada uma decisão de que a pesquisa pode ser realizada):

a) A lei estipula que um consentimento por procuração seja obtido do tutor legalmente designado ou de um membro da família ou de uma autoridade independente constituída para esse propósito?

b) A lei estipula que a pesquisa não pode ser realizada se a mesma puder ser realizada com pessoas capazes de consentir e que a pesquisa é necessária para promover a saúde do indivíduo e a da população representada?

R. Mecanismos de fiscalização e revisão

1) A lei estabelece uma entidade judicial ou semi judicial para processos de revisão relacionados a admissão ou tratamento involuntários e outras restrições de direitos?

a) A entidade acima:

(i) Avalia cada admissão / tratamento involuntário?

(ii) Cuida de apelações contra admissão involuntária e/ou tratamento involuntário?

(iii) Examina os casos de pacientes admitidos involuntariamente (e pacientes voluntários de longo prazo)?

(iv) Monitora regularmente pacientes que recebem tratamento contra sua vontade?

(v) Autoriza casos voluntários de tratamentos invasivos e irreversíveis?

b) A composição dessa entidade inclui um profissional jurídico experiente, um clínico de saúde experiente e uma “pessoa sábia” que reflete a perspectiva da

<p>“comunidade”?</p> <p>c) A lei prevê apelação a um tribunal superior contra as decisões dessa entidade?</p> <p>2) A lei estabelece uma entidade de controle e fiscalização para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais dentro e fora de estabelecimentos de saúde mental?</p> <p>a) A entidade acima mencionada:</p> <p>(i) Realiza inspeções regulares em estabelecimentos de saúde mental?</p> <p>(ii) Fornece orientação sobre minimização de tratamentos invasivos?</p> <p>(iii) Mantém estatísticas; por exemplo, uso de tratamentos invasivos e irreversíveis, isolamento e restrições?</p> <p>(iv) Mantém registros de estabelecimentos e profissionais credenciados?</p> <p>(v) Informa e faz recomendações diretamente ao ministro de governo responsável?</p> <p>(vi) Publica resultados com periodicidade regular?</p> <p>b) A composição da entidade inclui profissionais (saúde mental, direito assistência social), representantes de usuários de estabelecimentos de saúde mental, membros representando famílias de pessoas com transtornos mentais, ativistas de direitos e leigos?</p> <p>c) A autoridade dessa entidade é claramente definida na legislação?</p> <p>a) A legislação define procedimentos para apresentações, investigações e resoluções de reclamações?</p> <p>b) A lei estipula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o período a partir da ocorrência do incidente no qual a reclamação deve ser feita? • um período máximo no qual a reclamação deve ser respondida, por quem e como? • o direito dos pacientes de escolher e designar um representante pessoal e/ou advogado para representá-los em quaisquer apelações ou procedimentos de reclamações? • o direito dos pacientes a um intérprete para os procedimentos, se necessário? • o direito do paciente e seu advogado de acessar cópias de seus prontuários médicos e outros relatórios e documentos importantes durante os procedimentos de reclamações ou apelações? • o direito do paciente e seu advogado de assistir e participar nos procedimentos de reclamações e apelações? <p>S. Responsabilidade da polícia</p> <p>1) A lei impõe restrições às atividades da polícia para garantir que pessoas com transtornos mentais sejam protegidas contra detenção e prisão ilegais e sejam encaminhadas para serviços apropriados de atenção à saúde?</p> <p>2) A legislação permite que familiares, atendentes ou profissionais de saúde obtenham ajuda da polícia em situações em que um paciente se encontre altamente agressivo ou esteja demonstrando comportamento descontrolado?</p> <p>3) A lei possibilita que pessoas detidas por atos criminosos e que estejam sob custódia da polícia, em caso de suspeita de transtorno mental, sejam prontamente examinadas em função de tal suspeita?</p> <p>4) A lei dispõe que a polícia ajude a levar para um estabelecimento de saúde mental uma pessoa que tenha sido involuntariamente admitida ao estabelecimento?</p> <p>5) A legislação dispõe que a polícia encontre uma pessoa foragida de um</p>	
--	--

estabelecimento para onde fora involuntariamente recolhida e a entregue de volta ao estabelecimento?

T. Infratores mentalmente doentes.

1) A legislação possibilita que se desvie um suposto infrator com um transtorno mental para o sistema de saúde mental em lugar de levá-lo a julgamento, levando em conta a gravidade do delito, a história psiquiátrica da pessoa, seu estado de saúde mental no momento do delito, a probabilidade de danos à saúde da pessoa e o interesse da comunidade em levá-la a julgamento?

2) A lei contém uma cláusula adequada dispondo que pessoas inaptas para suportar julgamento sejam avaliadas e que as acusações sejam retiradas ou suspensas enquanto elas passam por tratamento?

a) As pessoas que estão passando por tal tratamento recebem os mesmos direitos na lei que outras pessoas involuntariamente admitidas, inclusive o direito a revisão judicial por uma entidade independente?

3) A lei possibilita que pessoas julgadas pelos tribunais como “não responsáveis devido a deficiência mental” sejam tratadas em um estabelecimento de saúde mental e recebam alta assim que seu transtorno mental melhorar suficientemente?

4) A lei possibilita que no estágio do sentenciamento as pessoas com transtornos mentais recebam suspensão temporária de pena ou ordens de hospitalização, em lugar de serem sentenciadas à prisão?

5) A lei possibilita a transferência de prisioneiro condenado para um estabelecimento de saúde mental caso este se tornar mentalmente enfermo ao estar cumprindo sentença de prisão?

a) A lei proíbe que se mantenha um prisioneiro no estabelecimento de saúde mental por mais tempo que a sentença a menos que sejam adotados procedimentos de admissão involuntária?

6) A legislação estipula estabelecimentos de saúde mental seguros para infratores mentalmente doentes?

U. Discriminação

1) A lei inclui disposições destinadas a interromper a discriminação contra pessoas com transtornos mentais?

V. Habitação

1) A lei garante que não haja discriminação de pessoas com transtornos mentais na alocação de moradias?

2) A lei dispõe sobre o alojamento de pessoas com transtornos mentais em planos estatais de habitação ou mediante subsídios à habitação?

3) A legislação prevê alojamento em centros de convalescença e casas para longa permanência assistida para pessoas com transtornos mentais?

W. Emprego

1) A lei prevê proteção para pessoas com transtornos mentais contra discriminação e exploração no local de trabalho?

2) A lei estipula “acomodação razoável” para empregados com transtornos mentais mediante a previsão, por exemplo, de um grau de flexibilidade no horário de trabalho para permitir que esses empregados procurem tratamento de saúde mental?

3) A lei estipula igualdade de oportunidade de emprego para pessoas com transtornos mentais?

4) A lei prevê o estabelecimento de programas de reabilitação vocacional e outros programas para trabalhos e emprego na comunidade?

X. Previdência social

1) A legislação prevê concessões e pensões de invalidez para pessoas com deficiências mentais?

2) A lei prevê concessões e pensões de invalidez para pessoas com transtornos mentais às mesmas taxas praticadas para pessoas com deficiências físicas?

Y. Questões civis

1) A lei defende os direitos de pessoas com transtornos mentais para a classe integral de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais a que todas as pessoas estão intituladoas?

Z. Proteção de grupos vulneráveis

Proteção de menores

1) A lei limita a colocação de menores em estabelecimentos de saúde mental aos casos em que foram tentadas todas as alternativas comunitárias viáveis?

2) Se menores são colocados em estabelecimentos de saúde mental, a legislação estipula que

a) estes devem ter uma área de convivência independente da dos adultos?

b) o ambiente seja adequado à idade e leve em consideração as necessidades de desenvolvimento dos menores?

3) A lei estipula que todos os menores disponham de um adulto para representá-los em todas as questões que os afetam, inclusive no consentimento para tratamento?

4) A lei estipula a necessidade de levar em consideração as opiniões dos menores em todas as questões que os afetam (inclusive no consentimento com o tratamento) dependendo de sua idade e maturidade?

5) A legislação proíbe todos os tratamentos irreversíveis para as crianças?

Proteção para as mulheres

1) A legislação concede às mulheres com transtornos mentais direitos iguais aos dos homens em todas as questões relativas a direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais?

2) A lei determina que as mulheres em estabelecimentos de saúde mental

<p>a) tenham privacidade adequada? b) disponham de instalações de dormitórios independentes das dos homens?</p> <p>3) A legislação estipula que mulheres com transtornos mentais devem receber igual tratamento e atenção à saúde mental que os homens, incluindo acesso a serviços e atenção à saúde mental na comunidade e em relação a admissão e tratamento voluntários e involuntários?</p> <p>Proteção de minorias</p> <p>1) A legislação estipula especificamente que as pessoas com transtornos mentais não devem sofrer discriminação por motivos de raça, cor, língua, religião, opinião política ou outras opiniões, origem étnica ou social, situação legal ou social?</p> <p>2) A legislação prevê uma junta de revisão para monitorar admissão e tratamento involuntários de minorias e garantir que não haja discriminação sob nenhum pretexto?</p> <p>3) A lei estipula que refugiados e os que buscam asilo político tenham direito ao mesmo tratamento de saúde mental que os outros cidadãos do país anfitrião?</p> <p>AZ. Delitos e penalidades</p> <p>1) A lei tem uma seção que trata de delitos e penalidades adequadas?</p> <p>2) A lei estipula sanções apropriadas contra indivíduos que violarem algum dos direitos dos pacientes conforme estabelecido na lei?</p>	
---	--