

manual

DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES EM SAÚDE MENTAL E DROGAS

REALIZAÇÃO

Transversões
Transversões

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL DA UFRJ



APOIO

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

CRÉDITOS

Ilustrações: *Henrique Monteiro da Silva*, artista plástico, usuário de serviço de saúde mental da cidade do Rio de Janeiro, participante do movimento antimanicomial e trabalhador da TV Pinel, um projeto do Instituto Municipal Philippe Pinel, no Rio de Janeiro

Programação visual: *Idmar Pedro Silvério Costa*, 3i Editora Ltda (contato@3ieditora.com.br)

Revisão: Equipe de autores

Concepção Geral: *Projeto Transversões*, nome síntese do projeto integrado de pesquisa e extensão “Saúde mental, desinstitucionalização e abordagens psicossociais”, lotado na Escola de Serviço Social da UFRJ, com apoio do CNPq, da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas e do Fundo Nacional de Saúde, ambos do Ministério da Saúde

Impressão: *Gráfica e Editora O Lutador*

Praça Padre Júlio Maria, 01 - Bairro Planalto - Belo Horizonte/MG - Telefax: (31) 3439-8000

<http://www.olutador.com.br/>

M294 Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas / Coordenação de Eduardo Mourão Vasconcelos; ilustração de Henrique Monteiro da Silva. – Rio de Janeiro : Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2014.

278 p. il.; 28cm.

ISBN: 978-85-66883-02-2

Projeto Transversões: projeto de pesquisa e extensão integrado Saúde Mental, desinstitucionalização e abordagens psicossociais na UFRJ, Termo de Cooperação entre UFRJ e Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, e apoio do CNPq.

1. Política de saúde mental– Brasil. 2. Pacientes – Direitos fundamentais.
I. Vasconcelos, Eduardo Mourão, coord. II. Silva, Henrique Monteiro, ilust.

CDD: 362.20981

Contato:

Projeto Transversões / Escola de Serviço Social da UFRJ

A/C Prof. Eduardo Vasconcelos

Av. Pasteur 250 Fundos - Rio de Janeiro 22.290-160

Fone: (21) 3938-5413

Emails: emvasconcelos56@gmail.com e rosaura.braz@gmail.com



manual

DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES EM SAÚDE MENTAL E DROGAS

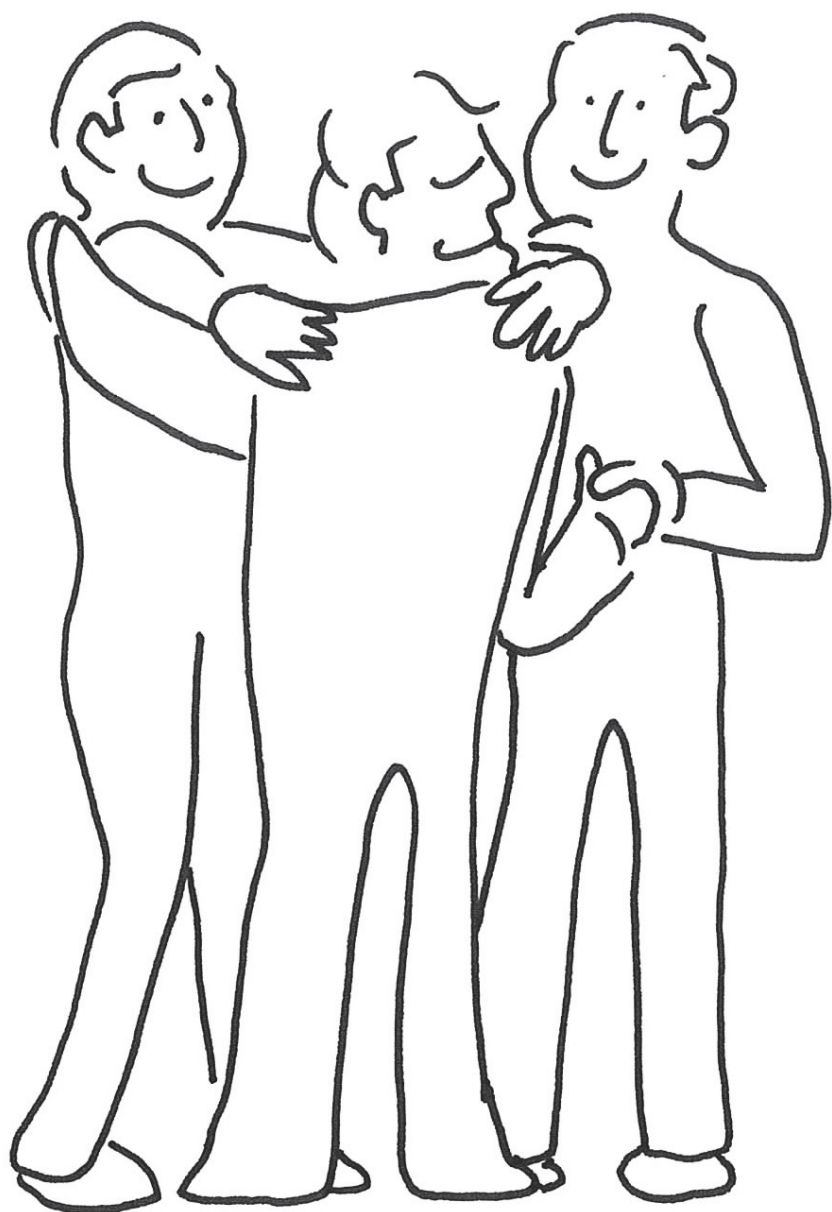
Eduardo Mourão Vasconcelos (Coord.)

Girlane Mayara Peres

Jeferson Rodrigues

Luciana Barbosa Musse

Rosaura Braz



sumário

Índice de Quadros

<i>Apresentação: uma abordagem diferenciada dos direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas</i> - Eduardo Mourão Vasconcelos	15
Justificativa e objetivos deste manual.....	15
Por que mais uma publicação sobre direitos em saúde mental e drogas? As características diferenciadoras deste manual	16
A quem se destina esse manual	18
A estrutura visual e dos textos nas páginas deste manual	19
Como usar este manual	20
Quem somos nós, autores deste manual	21
Como ter o acesso a este manual	22
Agradecimentos	23
Posfácio	27
O Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social - Pronacoop Social	27
A 'tomada de decisão assistida' na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (Discapacidades)	28
<i>Uma introdução necessária ao mundo dos direitos: as normas jurídicas, suas diversas áreas, tipos e hierarquia</i> - Luciana Barbosa Musse	31
1) Apresentação.....	31
2) As normas jurídicas internacionais e sua relação com as normas internas de cada Estado	32
3) As normas jurídicas internas de um Estado e suas diversas áreas	33
4) A hierarquia entre as normas jurídicas.....	35
Capítulo 1	
DIREITOS HUMANOS, REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E/OU COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE DROGAS, E/OU DE SEUS FAMILIARES	41
1.1 Os direitos fundamentais e suas violações: uma comparação entre a psiquiatria manicomial e a atenção psicossocial antimanicomial	43
1.2 Os direitos humanos fundamentais na vida em família, na comunidade e na sociedade em geral, contra as várias formas de abuso e violência	57

1.2.1 A discriminação.....	58
1.2.2 A negligência.....	59
1.2.3 A abandono.....	60
1.2.4 O furto e violência patrimonial.....	61
1.2.5 A violência moral e psicológica: o assédio moral	61
1.2.6 Violência física I: o sequestro de pessoas.....	62
1.2.7 Violência física II: maus tratos, lesão corporal e tortura.....	63
1.2.8 Formas combinadas de violência psicológica e física I: o bullying (abuso direto entre duas ou mais pessoas).....	65
1.2.9 Formas combinadas de violência psicológica e física II: assédio e violência sexual, e o estupro	65
1.2.10 Formas combinadas de violência psicológica e física III: a violência doméstica ou intrafamiliar, incluindo o sequestro e cárcere privado	66
1.2.11 Cuidados necessários no enfrentamento das situações de abuso e de violência.....	68
TAREFAS	70

Capítulo 2

DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM GERAL

2.1 O que significa ter direito à saúde e suas relações com todas as dimensões da vida	71
2.2 Os direitos mais gerais do cidadão à assistência em saúde	73
2.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) e sua organização	75
2.4 Os direitos e deveres dos usuários e familiares em cada serviço do SUS, e a sua política de humanização	76
2.5 A integralidade em saúde, sua organização e suas implicações nos direitos e deveres dos trabalhadores, usuários e familiares da atenção psicossocial.....	80
2.6 Como avaliar a oferta adequada de serviços para cada necessidade específica em saúde em um município ou região	81
2.7 O controle social no SUS: o direito à participação na orientação geral, nas decisões e na fiscalização do sistema de saúde	82
TAREFAS	85

CAPÍTULO 3

DIREITOS E DEVERES ESPECÍFICOS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL E/OU COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE DROGAS, E DE SEUS FAMILIARES

3.1 Direito a serviços e programas de atenção psicossocial que assumam a luta contra a discriminação e que tratem usuários e familiares com humanidade e respeito a sua dignidade humana	87
3.2 Direito a uma rede diversificada de assistência e tratamento, para diferentes necessidades psicossociais, e que assegure os direitos fundamentais da pessoa e da cidadania	89
3.3 Direito a uma atenção psicossocial integral e intersetorial.....	93
3.4 Direito a projeto terapêutico singular revisto regularmente, com participação do usuário e seus familiares	95
3.5 Direito a uma assistência que leve em consideração as necessidades e demandas específicas dos familiares e cuidadores informais, com espaços e dispositivos próprios de atenção nos serviços.....	96

3.6 Direito a formas de assistência e tratamentos que estimulem o protagonismo, a autonomia e o empoderamento de usuários e familiares	99
3.7 Direito de acesso livre, gratuito e equitativo ao tratamento e o respeito à cultura dos usuários e ao modo de vida vigente na comunidade.....	101
3.8 Direito a serviços com recursos humanos e técnicos devidamente capacitados, adequados, sensíveis e motivados, com boas condições de trabalho, dispositivos de educação permanente e atuantes na co-gestão humanizada dos serviços.....	103
3.9 Direito a serviços adequados em termos de instalações, características de funcionamento e outros recursos necessários no cotidiano	105
3.10 Pleno direito à informação sobre o tratamento e ao acesso ao prontuário pessoal.....	108
3.11 Direito ao consentimento informado nas pesquisas e nas diversas formas de diagnóstico e tratamento que envolvam riscos.....	110
3.12 Direito à privacidade, à confidencialidade e sigilo na assistência em saúde, saúde mental e atenção psicossocial.....	113
3.13 Direito à plena informação e educação participativa sobre sexualidade, identidade sexual e planejamento familiar, para garantir autonomia nas relações interpessoais e conjugais.....	114
3.14 Direito ao acesso à medicação adequada, destinada apenas a objetivos terapêuticos, e com a devida informação e cuidados em relação à dosagem e aos efeitos colaterais.....	115
3.15 Direito à participação social e ao monitoramento da política pública, pelo controle social da rede de serviços e da situação dos direitos dos usuários e familiares	117
TAREFAS	119
 CAPÍTULO 4	
A ATENÇÃO À CRISE, OS VÁRIOS TIPOS DE ACOLHIMENTO/INTERNAÇÃO, A INTERDIÇÃO, E OS DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES.....	
4.1 A crise mental aguda e o desafio de seu acolhimento com garantia dos direitos dos usuários e familiares.....	121
4.2 Objetivos e condições gerais para uma boa atenção à crise e para a continuidade da assistência após o acolhimento ou internações	124
4.2.1 Do conjunto da rede de saúde e saúde mental e das modalidades de serviços existentes na cidade ou na região	124
4.2.2 Da existência de dispositivos que estimulam o protagonismo e o empoderamento dos usuários e familiares, com suas várias estratégias de prevenção e controle dos efeitos mais adversos da crise.....	125
4.2.3 Do tipo específico de serviço onde o acolhimento ou a internação ocorre.....	126
4.2.4 Do tempo de internação	128
4.2.5 Do tipo de abordagem, da atenção profissional e de assistência que está à disposição no serviço de internação.....	128
4.2.6 Da garantia dos direitos associados a cada tipo de internação	129
4.2.7 Do acompanhamento e/ou fiscalização dos serviços de acolhimento ou internação pelos órgãos responsáveis, pelos conselhos de saúde (controle social) e pelos movimentos sociais da área da saúde e saúde mental	129
4.2.8 Das visitas regulares e do acompanhamento do acolhimento e/ou internação pelos familiares, representantes pessoais, amigos, profissionais de saúde, pastores e religiosos interessados, e demais companheiros do movimento de usuários e familiares, e de como os serviços permitem e estimulam este acompanhamento.....	130

4.2.9 Da preparação da alta pelos serviços de internação e da continuidade do suporte e da assistência fora deles, para evitar futuras reinternações desnecessárias.....	131
4.2.10 Do projeto de inserção social de médio e longo prazo, por meio da rede de suporte familiar e social que a pessoa já dispõe ou da reconstrução de novos vínculos sociais na comunidade; da disponibilidade de serviços substitutivos, como os serviços residenciais terapêuticos; e da conquista dos benefícios sociais a que o usuário tem direito.....	132
4.3 Os vários tipos de acolhimento ou internação psiquiátrica, e seus direitos específicos	133
4.3.1 O acolhimento ou Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV) e seus direitos.....	134
4.3.2 A Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) e seus direitos	136
4.3.3 Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC)	140
4.3.4 A internação de longa permanência em instituições psiquiátricas do tipo manicomial, o programa de desinstitucionalização e os direitos especiais de seus usuários.....	150
4.3.5 As formas mais recentes de acolhimento e/ou internação individualizada para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, e os direitos dos usuários.....	152
4.4 A interdição de pessoa com transtorno mental ou com problemas severos decorrentes do uso de drogas, e seus direitos	157
4.4.1 O que é interdição?	157
4.4.2 O que é a interdição parcial?	157
4.4.3 O que é a interdição total?	158
4.4.4 Quem pode pedir a interdição?	159
4.4.5 Como se realiza a interdição?	159
4.4.6 A interdição pode ser cessada? E quem pode solicitar?	159
4.4.7 A interdição pode ser usada como forma de invalidar ou de abuso à pessoa com transtorno? Em que situações isso pode ocorrer?	160
TAREFAS	161
CAPÍTULO 5	
OS DIREITOS SOCIAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE DROGAS	163
5.1 Introdução	163
5.2 O direito ao trabalho e à renda obtida com ele	166
5.3 Direitos à diversidade e a atividades culturais, de lazer e de esporte	169
5.4 O direito à mobilidade e ao transporte municipal, intermunicipal e interestadual, como forma de estimular a independência pessoal, o acesso aos serviços e à participação social	173
5.5 O direito à educação pública inclusiva e adequada, sem discriminação	174
5.6 O direito à moradia	177
5.7 O direito à alimentação adequada	178
5.8 O direito a benefícios sociais	180
5.8.1 Benefício de Prestação Continuada (BPC).....	181
5.8.2 "De Volta para Casa"	185
5.8.3 Auxílio-doença	186

5.8.4 Aposentadoria por invalidez	186
5.9 Uma tarefa importante no campo dos direitos sociais, a de conhecer o funcionamento de cada uma das demais políticas sociais e seus serviços; o exemplo da política de assistência social	187
5.10 O processo de adequação das demais políticas sociais às particularidades e aos direitos dos usuários e familiares da atenção psicossocial, e estratégias para o trabalho intersetorial.....	189
TAREFAS	191
 CAPÍTULO 6	
COMO E ONDE LUTAR: OS DISPOSITIVOS E AS ESTRATÉGIAS DE DEFESA DOS DIREITOS	193
6.1 Introdução	193
6.2 Os técnicos/profissionais de referência nos serviços de atenção psicossocial	195
6.3 As assembléias de usuários, familiares e profissionais nos serviços de atenção psicossocial	195
 6.4 As estratégias de empoderamento dos usuários e familiares: os grupos de ajuda mútua, a defesa dos direitos e as narrativas pessoas de vida com o transtorno	197
6.4.1 Empoderamento e os grupos de ajuda mútua	197
6.4.2 Empoderamento e suas diferentes estratégias informais e formais de defesa dos direitos (advocacy)	199
6.4.3 Empoderamento e as narrativas pessoais de vida com o transtorno ou com as drogas	200
 6.5 A Internet e as redes sociais	202
6.6 A mídia convencional: imprensa, rádios e televisão	204
6.7 As associações de usuários, familiares e amigos	204
6.8 O movimento antimanicomial	206
6.9 As campanhas públicas: manifestos, denúncias, moções, abaixo-assinados e petições	207
6.10 Manifestações e eventos públicos	209
6.11 Os intelectuais comprometidos e a importância do trabalho cooperativo com eles	212
6.12 As ouvidorias das políticas e serviços públicos, e o direito de registrar sugestões, reclamações, denúncias e pedidos de informações sobre serviços em toda a administração pública.....	213
6.13 Os conselhos de controle social do SUS e das demais políticas sociais.....	215
6.14 As coordenações de saúde mental, álcool e drogas nos governos municipais, estaduais e federal.....	216
6.15 A ferramenta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de avaliação dos Direitos à Qualidade (Quality Rights) nos serviços de atenção psicossocial	216
6.16 O Terceiro Setor e as organizações não governamentais (ONGs)	217
6.17 Os serviços e escritórios de defesa profissional de direitos	217
6.18 As entidades e conselhos profissionais, seus códigos de ética, a fiscalização das práticas profissionais e a defesa dos direitos dos cidadãos na sociedade	221
6.19 Igrejas e entidades religiosas voltadas para os direitos humanos, e suas pastorais para grupos específicos da população	223
6.20 Partidos políticos comprometidos com os interesses democráticos e populares e seus parlamentares engajados com a saúde mental e atenção psicossocial	224
6.21 As Comissões de Saúde, de Direito e Justiça, e de Direitos Humanos do Poder Legislativo (câmaras de vereadores, assembleias legislativas, Câmara dos Deputados e Senado).....	225

6.22 Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.....	226
6.23 Os vários tipos de delegacias de Polícia Civil	227
6.24 Defensoria Pública	229
6.25 Juizados Especiais Cível e Criminal (antigo “Juizado de Pequenas Causas”).....	232
6.25.1 O Juizado Especial Cível da Justiça Estadual.....	233
6.25.2 O Juizado Especial Cível da Justiça Federal.....	234
6.25.3 O Juizado Especial Criminal da Justiça Estadual	235
6.25.4 O Juizado Especial Criminal da Justiça Federal	235
6.26 Ministério Público	235
6.27 Sistema Judiciário Brasileiro: organização e competências	238
6.27.1 Os órgãos federais do Poder Judiciário	238
6.27.1.1 Justiça Federal da União (comum)	239
6.27.1.2 Justiça Federal da União especializada: a Justiça do Trabalho, a Justiça Eleitoral e a Justiça Militar.....	239
6.27.1.3 Os tribunais e órgãos superiores: o Supremo Tribunal Federal (STF), o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ).....	239
6.27.2 A Justiça Estadual (comum).....	243
6.28 Órgãos, entidades e estratégias de defesa do direito do consumidor	244
6.28.1 Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon).....	245
6.28.2 PROCONs	245
6.28.3 Delegacias Especializadas em Defesa do Consumidor.....	246
6.28.4 Ministério Público e as Defensorias Públicas	246
6.28.5 Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC)	247
6.28.6 Sítios específicos da Internet para reclamações sobre consumo	247
6.29 O Sistema Interamericano de Direitos Humanos e sua Corte (IDH).....	247
6.30 O Sistema Global de Proteção dos Direitos Humanos da ONU	249
6.30.1 Corte Internacional de Justiça (CIJ).....	251
6.30.2 Conselho de Direitos Humanos	251
6.30.3 O Tribunal de Justiça Internacional	251
6.31 Telefones úteis de serviços públicos ou de interesse social	253
TAREFAS	255
CAPÍTULO 7	
CUIDADOS IMPORTANTES ANTES DE SE ENCAMINHAR RECLAMAÇÕES, REIVINDICAÇÕES E DENÚNCIAS	257
7.1 Identificar quem são os nossos parceiros e companheiros de confiança e cumplicidade	257
7.2 Conhecer as relações e os estilos de exercício do poder, o nível de compromisso com a reforma psiquiátrica e os dispositivos de encaminhamento de demandas.....	258

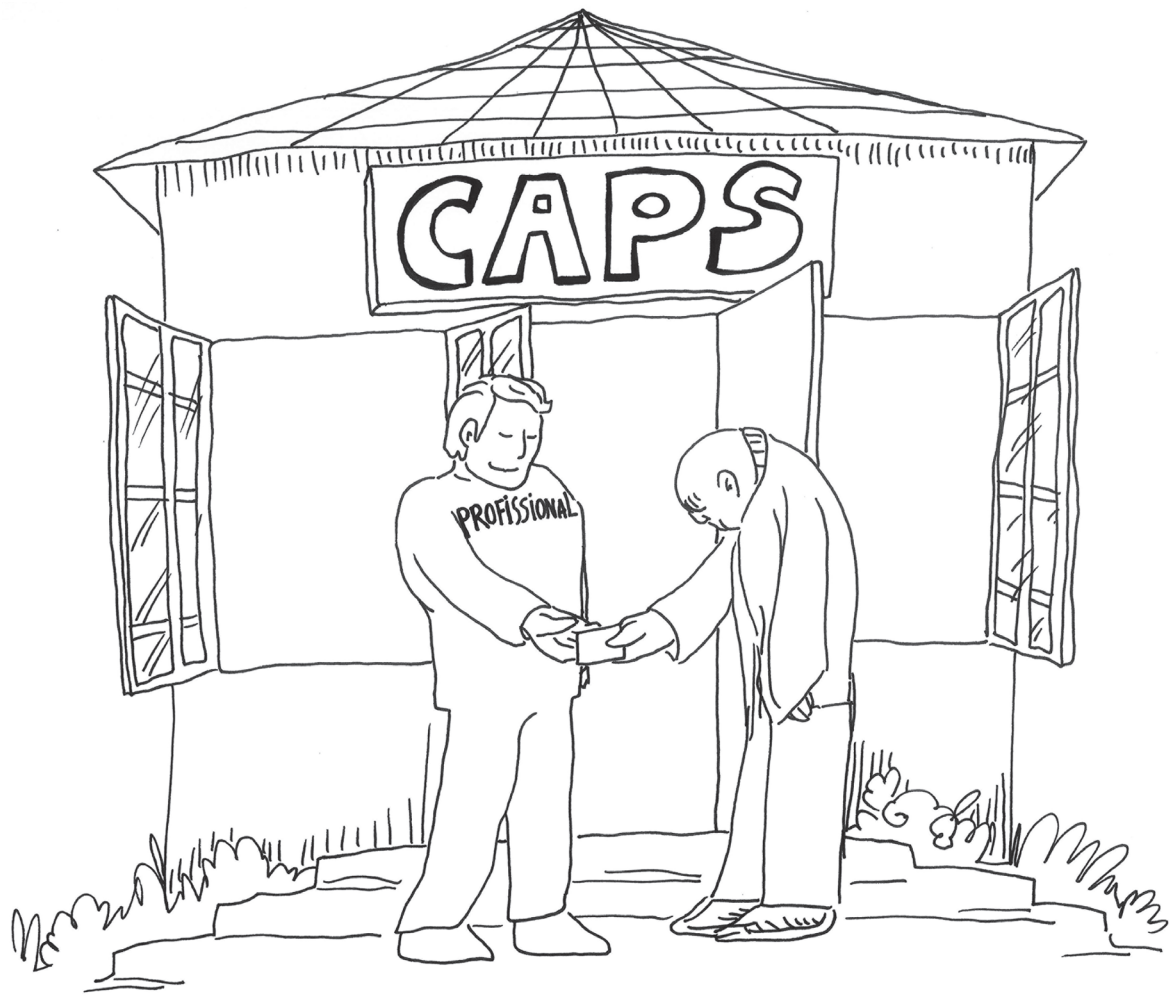
7.3 Nas questões do dia a dia dos serviços, esgotar primeiro os canais mais simples e próximos de resolução de problemas.....	258
7.4 No caso de abusos e violações, buscar primeiro suporte e orientação qualificada	259
7.5 Avaliar os riscos, as evidências disponíveis e as consequências dos diversos tipos de denúncias de violações graves.....	260
7.6 Conhecer e avaliar as estratégias comunitárias, sociais e institucionais já existentes, de enfrentamento das violações aos direitos humanos.....	261
7.7 Manter sempre o contato e/ou participar do movimento antimanicomial	262
TAREFAS	263

APÊNDICES

<i>I. Metodologia e princípios que orientaram a construção deste manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas - Eduardo Mourão Vasconcelos.....</i>	265
1) Apresentação.....	265
2) A formação da equipe responsável por este manual.....	266
3) Fases e diferentes dimensões da construção deste manual.....	267
4) Diretrizes para o estilo de redação e projeto gráfico.....	269
4.1) Público leitor, interlocutor privilegiado e tipos de leitura	269
4.2) Características do estilo de redação e identidade visual: a busca da maior acessibilidade e compreensibilidade possível para o tipo de público leitor escolhido.....	270
4.3) Formas idealizadas de apropriação deste manual	271
5) Princípios ético-políticos, objetivos, características diferenciadoras e questões polêmicas de fundo deste manual.....	272
5.1) Princípios éticos e políticos mais gerais	272
5.2) Elementos diferenciadores das cartilhas e manuais de direitos já existentes no campo da atenção psicossocial	273
5.3) Algumas questões importantes e polêmicas de fundo.....	274
<i>II. Outras leituras de pesquisa, consulta e aprofundamento</i>	281

ÍNDICE DE QUADROS	XX
-------------------------	----

Quadro 1: A hierarquia das normas jurídicas no Brasil	XX
Quadro 2: Serviços específicos para cada tipo de atenção na Rede de Atenção psicossocial - RAPS (Portaria MS 3088, de 2011)	XX
Quadro 3: Organograma do Sistema de Direitos Humanos da ONU	XX
Quadro 4: Principais instrumentos de proteção geral e especializada dos direitos humanos da ONU.....	XX
Quadro 5: Telefones úteis de serviços públicos ou de interesse social	XX



● apresentação



Apresentação:

Uma abordagem diferenciada dos direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas

Eduardo Mourão Vasconcelos

“A vida é assim: peixe vivo, mas que só vive no correr da água. Quem quer prender esse peixe tem que o matar. Só assim o possui em mão. Falo do tempo, falo da água. Os filhos se parecem com água andante, o irrecuperável curso do tempo. Um rio tem data de nascimento?”¹

Justificativa e objetivos deste manual

Hoje sabemos que, apesar das enormes variações históricas e culturais, sempre tivemos pessoas com alguma forma de sofrimento mental severo em toda a história humana e formas de sociedade. Apesar de seus aspectos difíceis ou às vezes dramáticos, o sofrimento mental não deve ser visto como algo terrível e desumano. É apenas uma condição, em um grau mais profundo e radical, da própria experiência humana, e uma possibilidade real na vida de qualquer pessoa. Todos temos nossas angústias e ansiedades, que indicam a pontinha de uma parte inconsciente e obscura em nossas mentes e na vida social. Precisamos sonhar todas as noites, para diminuir a pressão destes impulsos inconscientes, e às vezes estes sonhos são difíceis, chegando a pesadelos angustiantes. Qualquer pessoa que tenha uma febre muito alta tem a possibilidade de vivenciar temporariamente delírios e alucinações, sinais típicos de uma crise mental aguda, por que estas estruturas estão presentes em todo ser humano. No entanto, algumas pessoas têm essa experiência como uma condição existencial mais duradoura, ou quando o uso de drogas se torna compulsivo e abusivo, e passa a ser a maior ou a única prioridade no dia a dia, sobrepondo todos os demais desejos e responsabilidades.

No entanto, este reconhecimento de que todos nós compartilhamos de alguma forma ou de outra essas estruturas é relativamente recente. Na sociedade ocidental, até meados do século XX, a forma predominante de lidar com as pessoas com sofrimento mental severo ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, foi a exclusão da sociedade e o aprisionamento em instituições psiquiátricas. Até bem pouco tempo, no Brasil e no mundo, alguns destes hospitais psiquiátricos chegaram a ter milhares de internos. Na maioria deles, não se oferecia qualquer atividade útil, que apontasse para alguma promessa de futuro. É como se as pessoas fossem condenadas à prisão perpétua ou, o que era mais comum, à morte prematura, pois lá morriam muito prematuramente, geralmente por doenças infecto-contagiosas, por que estes locais eram insalubres, verdadeiros campos de concentração! Na II Guerra, estes foram criados e mantidos pelo poder militar nazista, enquanto os manicômios acontecem em tempos de paz, sem poderes especiais para os impor, a não ser a convivência de toda a sociedade, que não movia uma palha para transformá-los!

Contudo, a partir da II Guerra Mundial, iniciou-se um esforço inovador de recuperação da saúde mental de soldados traumatizados nos campos de batalha, gerando novas experiências na assistência psiquiátrica. Em paralelo, os horrores do nazismo e da guerra reativaram os esforços de reconhecimento e conquista dos direitos fundamentais e humanos de cada cidadão, bem como a implementação de políticas e direitos sociais universais, envolvendo áreas fundamentais da

¹ Trecho do conto *Apresentação do falador da estória*, do escritor moçambicano Mia Couto, de um de suas várias coletâneas de contos, *O último voo do flamingo* (São Paulo, Companhia das Letras, 2005, p 45).

vida: saúde, educação, previdência e assistência social, trabalho e renda etc. Estes foram os elementos principais que estimularam uma mudança gradual, mas profunda, na assistência em saúde mental em inúmeros países: os **processos de reforma psiquiátrica**. Eles significam a substituição das instituições fechadas para serviços abertos na comunidade, perto da moradia das pessoas, e que busquem prover uma assistência integral, visando reconhecer e dar respostas ao conjunto das necessidades em saúde e saúde mental da população de cada território. Estas experiências de reforma foram se difundindo mais efetivamente em vários países a partir das décadas de 1970 e 1980, impulsionadas por movimentos sociais de trabalhadores da saúde mental, de usuários e familiares, por governos locais, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu objetivo é buscar garantir os direitos humanos e fundamentais dos usuários e familiares no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, que passaram a ser consagrados em várias convenções internacionais de direitos humanos, e no Brasil, na Constituição Federal e no seu conjunto das normas jurídicas.

Hoje podemos dizer, a partir destas várias experiências já consolidadas em muitos países e municípios brasileiros, que é possível uma convivência razoável com o transtorno mental severo. Não estamos falando de cura, mas da possibilidade dessas pessoas, usuários e familiares, terem uma vida ativa, útil e participativa na sociedade, particularmente se o sistema de saúde e saúde mental está orientado para a implementação da reforma psiquiátrica. Apesar de todas as limitações e dificuldades atuais, o Brasil é considerado hoje no mundo uma referência neste esforço de criar e gerir um sistema nacional e abrangente de cuidados em saúde mental, em implementação em todo o seu território, de forma integrada com seu sistema de saúde, e com boas experiências de trabalho conjunto com outras políticas sociais.

No campo específico das drogas, ainda temos um número menor de países com políticas e sociedades mais tolerantes, em que as pessoas com necessidades decorrentes de seu uso fiquem menos expostas ao preconceito e às situações de violência associadas ao tráfico ilegal das drogas. Nestes países, principalmente europeus, as normas jurídicas, os sistemas de saúde, assistência social, educação e de justiça são orientados para um acolhimento do usuário não repressivo, humanizado e capaz de incluir várias alternativas de cuidado, sem necessariamente impor a abstinência como única abordagem. Nas situações de crise, a pessoa poderá contar com vínculos, serviços mais intensivos e diversas formas de acolhimento, garantindo a sua assistência. Este processo ainda tem muito a caminhar no Brasil, particularmente no campo das normas jurídicas e da difusão dos serviços para todo território, mas já temos municípios com estas modalidades de assistência já consolidadas. No plano nacional, esta rede de atenção psicossocial está razoavelmente normatizada, por meio de diversas portarias recentes, como se poderá ver neste manual.

Diante deste quadro internacional e brasileiro no campo da saúde mental e das drogas, temos agora condição de tornar mais compreensível o **nosso objetivo principal** com este manual: **sistematizar as principais características deste processo de mudanças geradas pela reforma psiquiátrica e suas implicações no conjunto das normas jurídicas internacionais e brasileiras, expressas em termos de direitos e deveres dos usuários e familiares, bem como as estratégias de como lutar para ampliar estas conquistas no dia a dia dos serviços e na vida social.**

Por que mais uma publicação sobre direitos em saúde mental e drogas? As características diferenciadoras deste manual

O tema do direito na saúde mental e atenção psicossocial já foi explorado em várias publicações em nosso país, na forma de livros, artigos em periódicos, teses, dissertações etc. Já temos também algumas cartilhas e manuais voltados para o público mais amplo. Os leitores interessados nesta bibliografia podem inclusive consultar a lista de principais títulos, fornecida em apêndice no final deste manual. Realizamos uma leitura destes trabalhos, traçando o perfil das obras já existentes, avaliando suas qualidades e limitações, e discutindo a necessidade e a relevância de uma nova publicação sobre o tema, e estabelecendo os possíveis elementos e características diferenciadoras da presente obra. E

constatamos que havia lacunas e novas possibilidades, tanto na concepção mais ampla das relações entre os campos do direito e da atenção psicossocial, como também no tipo de cobertura e análise do tema, no estilo e no projeto gráfico. Aos poucos, fomos experimentando diferentes alternativas nestas áreas, até chegar ao presente manual.

Que **características diferenciadas e inovadoras** traz este manual? No apêndice final, esta discussão é feita de forma mais detalhada, mas é importante apresentá-las aqui, mesmo que de uma forma bastante resumida, para uma boa introdução ao manual. Assim, consideramos que este manual traz as seguintes contribuições inovadoras, a saber:

a) Buscar realizar uma **cobertura exaustiva, do ponto de vista temático e das normas jurídicas** do campo, cobrindo todas as áreas e questões consideradas relevantes para os usuários e familiares da atenção psicossocial: **direitos humanos e fundamentais da pessoa, direito civil e penal, direitos sociais em geral, e principalmente, os direitos específicos nas áreas da saúde e particularmente da saúde mental e drogas, que compõem hoje o campo da atenção psicossocial.** Há também pequenas inserções sobre **direitos do trabalho** e uma seção sobre **direitos do consumidor**, com implicações nestas áreas principais em foco. Além disso, **a cobertura extrapola o terreno nacional**, incluindo **convenções internacionais** e alguns **projetos e iniciativas interessantes de defesas de direitos em outros países**, bem como os **sistemas internacionais de direitos humanos**, que também atuam em violações mais graves de direitos no campo psicossocial.

b) Apresentar **os direitos humanos e a reforma psiquiátrica como um processo histórico, no qual os direitos reconhecidos nas normas jurídicas não estão garantidos por si mesmos, mas que exigem sempre mais conhecimento, participação e luta permanente.** Algumas cartilhas existentes, para mobilizar o leitor, difundem a norma jurídica de forma otimista e a-histórica, como se ela garantisse por si só os direitos, como se bastasse apenas “correr atrás” deles com afinco. A nosso ver, isso induz a um voluntarismo fácil, e os obstáculos encontrados levam rapidamente ao insucesso, ao desânimo e ao cansaço.

c) Descrever e discutir, de forma exaustiva, **as alternativas possíveis de luta e conquista de direitos, enfatizando suas expressões cotidianas nos serviços e na vida diária.** Em alguns momentos, podemos até tomar a norma jurídica como referência central, mas é preciso sempre ir até o concreto, na vivência da assistência, **no dia a dia dos usuários e familiares, cobrindo as pequenas conquistas possíveis.** Daí, é fundamental **mostrar e divulgar os pequenos avanços reais conquistados, já inseridos na atual rede de atenção psicossocial, ou possíveis de serem atingidos no curto prazo**, sem se dobrar à tendência dominante, no atual momento brasileiro, de ter uma visão pessimista, denunciatória ou pouco encorajadora das possibilidades de novas conquistas, quando se adota uma perspectiva mais macrosocial.

d) **Mostrar concretamente a conexão íntima e necessária entre o Direito e a assistência.** O respeito cotidiano aos direitos explicitados na norma jurídica depende das conquistas e da consolidação da política e da assistência na atenção psicossocial e na sociedade. **O Poder Judiciário, sozinho, não consegue garantir direitos que envolvam o cuidado. E vice-versa: uma boa assistência, nas áreas mais conflitivas, também depende de uma boa atuação do Judiciário**, que precisa ser estimulado a reconhecer a importância e conhecer melhor o campo. Um bom exemplo está no quarto capítulo deste manual: a garantia dos direitos dos usuários no caso de internação involuntária ou compulsória depende de uma boa rede de assistência e da atuação comprometida e rápida do Judiciário.

e) **Apresentar, quando necessário, perspectivas diferenciadas para usuários e familiares.** Esta diferenciação não é feita nas cartilhas disponíveis, que tendem a enfatizar apenas os direitos dos usuários em geral, sem

distinção. A inovação é **valorizar também a perspectiva, as demandas e os direitos e deveres específicos dos familiares**, acrescentando-os e apresentando-os de forma separada, quando necessário.

f) **As cartilhas existentes se restringem apenas aos direitos, estimulando involuntariamente a vitimização** na relação dos usuários e familiares com serviços, profissionais e instituições, ou seja, a tendência a culpabilizar sempre os outros e o contexto pelos problemas da vida. Assim, essa abordagem pode induzi-los, sem querer, a evitar e resistir a se implicar e avaliar a participação pessoal neste processo. Daí, o princípio adotado neste manual de **também apresentar deveres**, apesar dos enormes desafios que isso implica, discutidos no apêndice final.

g) **Sugerir tarefas concretas no final de cada capítulo**, procurando estimular o aprofundamento da discussão e a experiência prática de avaliação de como os serviços locais estão garantindo ou não os direitos, bem como estimulando ou não os deveres de usuários e familiares.

h) **Abordar temas atuais polêmicos e ainda pouco regulados no campo jurídico e da política de atenção psicossocial**, mostrando-os como questões ainda em aberto, e ter coragem de **apresentar a avaliação dos autores da publicação, bem como propostas e recomendações**.

i) Produzir um estilo de texto e identidade visual que, apesar da complexidade do tema, busque assegurar o **máximo de acessibilidade para o público de usuários e familiares das classes populares**, bem como contemplando **vários tipos de aproximação, manuseio e leitura do manual**.

A quem se destina esse manual

A maioria dos usuários e familiares da atenção psicossocial terão um vínculo de médio a longo prazo com os serviços da rede. Já existem no país outras cartilhas mais simples, para usuários e familiares “iniciantes” ou recém chegados nos serviços. Assim, na construção deste manual, visamos principalmente atingir **usuários e familiares já integrados em um serviço de saúde mental há algum tempo**, de origem popular, alfabetizados, e com capacidade de leitura e compreensão de textos básicos. Queremos que este manual sirva como um **material de base para discussões regulares nos dispositivos grupais dos serviços ou até mesmo em cursos de direitos, de conselheiros para o controle social do SUS ou de formação política**, com crescimento gradual da compreensão crítica das questões envolvidas e das estratégias de ação, desde as mais simples, no dia a dia dos serviços, até as mais complexas junto ao Poder Judiciário. Além disso, a publicação poderia servir também de **fonte para consultas avulsas, individual ou coletiva, sobre temas específicos e esporádicos**, na medida da necessidade.

Entretanto, nas leituras críticas de cada capítulo, notamos também o grande interesse que o texto despertava entre os **trabalhadores e profissionais da rede de atenção psicossocial**. Acreditamos particularmente que aqueles que estão iniciando sua carreira na assistência poderão ter aqui um panorama abrangente do tema e das lutas necessárias no dia a dia dos serviços.

Nossas surpresas não pararam por aí. Percebemos também que **o material também despertava muita curiosidade nos profissionais do Direito e do Poder Judiciário**. Nossas múltiplas consultas a eles foram nos dando confiança sobre a consistência jurídica do texto que estávamos construindo. Além disso, ao comentar com outros profissionais sobre o trabalho, eles demonstraram interesse em ter o manual. Assim, acreditamos que ele servirá também para **sensibilizá-los a conhecer melhor o campo da saúde mental e das drogas, e as mudanças profundas**

que estão sendo operadas no campo jurídico pelo processo de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial.

A estrutura visual e dos textos nas páginas deste manual

Na primeira visão das páginas internas deste manual, o leitor desavisado pode estranhar seus diferentes tipos de textos e imagens. Entretanto, vai se acostumar rapidamente, de forma intuitiva, sem esforço extra, percebendo que as páginas têm uma mesma estrutura visual e textual que se repete, o que possibilita inclusive diferentes níveis e formas de leitura, como veremos na próxima seção. Para melhor identificação, todos os elementos são diferenciados em formatos específicos; têm fundos diversos, variando do branco a tons de cinza, sem cores; e colocados em posições específicas na página. Esta estrutura foi pensada para facilitar a diferenciação visual dos vários tipos de textos e também para possibilitar a reprodução em copiadoras comuns em preto e branco, sem perdas na compreensão visual. Abaixo, descreveremos estes elementos, mas essa leitura não é propriamente necessária, por que sua compreensão é intuitiva e imediata.

Temos então os seguintes tipos de textos e de imagens:

a) Texto principal: de autoria da equipe de autores, com fundo branco, compõe a espinha dorsal do texto, desdobrando as suas principais ideias e temas, e a partir do qual os outros elementos associados são acrescentados.

b) Citação das normas jurídicas: visualmente, as citações estão inseridas em uma película cinza, em faixa que acompanha as bordas externas das páginas, à esquerda e à direita, e que quando necessário, se expandem horizontalmente, com bordas arredondadas, para expor as citações, usando uma fonte menor que a do texto principal. Apresentam os trechos mais importantes das normas jurídicas, associadas aos temas desenvolvidos no texto principal. Cada trecho é finalizado com um número entre parêntesis, que indica a fonte, ou seja, a norma jurídica citada, cujo nome está indicado na respectiva nota de rodapé daquela mesma página.

c) Pequenos blocos de notícia, denúncia ou evento contextualizador, ou explicação de conceito chave: visualmente, os blocos são retangulares e têm uma película cinza mais clara ao fundo, podem estar em qualquer posição na página, e se distinguem por serem similares a um selo que se cola na página, mas que ainda tem uma ponta enrolada, como se não tivesse sido completamente colada. Estes blocos apresentam dois tipos de textos:

- *conceito técnicos ou pouco conhecidos do grande público*, utilizados em frase sublinhadas no texto principal, com setas indicando que há um texto explicativo em bloco. Contém definições sintéticas e em linguagem fácil;

- *notícias sobre eventos, denúncias ou casos ilustrativos* de questões descritas no texto principal. São notícias importantes, ou às vezes denúncias graves, mas sempre buscando mostrar também as lutas, vitórias e conquistas na luta pelos direitos humanos e fundamentais das pessoas, na sociedade e no campo psicossocial.

d) Ilustrações e imagens: também em posição variável na página, sua produção buscou retratar com linhas simples e rápidas, mas sempre expressivas e bem humoradas, situações do dia a dia dos usuários e familiares. A maioria das imagens são ilustrações de Henrique Monteiro dos Santos da Silva, artista plástico, ilustrador e usuário da saúde mental, mas há também algumas fotos, cartazes de projetos interessantes da atenção psicossocial, e uma ilustração antiga. Todas as imagens foram previamente planejadas pelos autores e discutidas com Henrique no momento de sua produção, para melhor expressar as questões colocadas no texto principal.

- e) Quadros: temos quatro quadros de organogramas e esquemas explicativos dos temas indicados no texto principal.
- f) Referências das normas jurídicas indicadas em cada página específica: em nota de rodapé. Há também algumas referências de sítios na Internet ou de artigos ou livros.
- g) Tarefas: no final de cada capítulo, na forma de prancheta e com película própria, este bloco sugere tarefas concretas para usuários e familiares exercitarem a compreensão do texto, geralmente propondo discussões em grupo com companheiros, visitas a serviços, pesquisas informais, avaliação de programas e serviços etc.

Como usar este manual

Para **os usuários e familiares do campo**, acreditamos que um melhor aproveitamento deste manual é obtido pela **leitura e discussão gradual, de maneira mais detalhada, em grupos formais de discussão e conscientização, bem como em cursos de formação, nos serviços e nos movimentos sociais do campo**. Com certeza, ele será um bom instrumento para estimular a participação, o empoderamento e as iniciativas coletivas de lutas dos usuários e familiares pelos seus direitos, no campo da saúde, saúde mental e da atenção psicossocial em geral. E sem dúvida, o texto também **estimula o senso de deveres** entre os usuários e familiares.

No entanto, é sempre possível também fazer **leituras individuais**, para aprofundar o conhecimento pessoal em temas de curiosidade ou necessidade. Além disso, percebemos que mesmo pessoas com pouca capacidade de concentração podem **lê-lo como uma revista**, repassando apenas as ilustrações ou também os pequenos blocos de textos com exemplos e conceitos.

É possível também **utilizá-lo como um dicionário ou uma enciclopédia, quando o interesse é apenas sobre um tema específico**. Para isso, montamos um **sumário muito detalhado**, com todas as subseções, para facilitar a localização dos temas desejados.

Nossa intenção foi produzir um texto também para ser utilizado como **instrumento direto de defesa dos direitos**, junto aos serviços e instituições de saúde e saúde mental. Usuários e familiares podem usá-lo para mostrar concretamente, aos trabalhadores e gestores responsáveis, que suas demandas constituem direitos a serem garantidos pela rede de atenção pública. Para isso, se pode **usar as pequenas citações das normas jurídicas chaves, para dar a devida sustentação legal a seus pedidos e reivindicações**, e pressionar as instâncias responsáveis para a conquista dos seus direitos.

Para trabalhadores e profissionais, o uso também é diversificado. Podemos ter todas as formas de apropriação já indicadas acima, mas também é possível utilizá-lo na **formação técnica e profissional**, como um **texto base para vários tipos de cursos técnicos e universitários nas áreas de saúde, saúde mental e atenção psicossocial, direito, administração pública, ciências sociais, entre outras**.

Para aqueles que queiram **aprofundar a pesquisa no campo jurídico**, indo às fontes originais das normas jurídicas, sugerimos colocar o nome da norma nos programas de busca da Internet, e privilegiar o portal de legislação do governo federal (<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>), que apresenta a norma na sua forma mais atualizada, com todas as mudanças ocorridas por ementas e normas posteriores. **Para os demais tipos de fontes, nos diversos campos de saber, optamos por indicá-las diretamente nas notas de rodapé ou no próprio texto principal**, para facilitar o acesso para leitores não acostumados com os trabalhos acadêmicos, para os quais a norma técnica exigiria apenas colocar o autor e a data, e a referência bibliográfica completa iria apenas na lista no final da obra. Em nossa lista final, apresentamos apenas as referências para leituras complementares, utilizadas no início de nossa pesquisa. Esta estratégia não foi uma negligência em relação à norma técnica brasileira atual, mas uma **opção intencional dirigida para o público privilegiado deste manual**, e sabemos que ela é considerada legítima em outros países e mesmo o foi no Brasil, no passado.

Aos interessados em conhecer melhor as opções metodológicas e os princípios ético-políticos que nos guiaram no processo de construção deste manual, inclusive as questões polêmicas que tivemos de enfrentar, sugerimos o apêndice específico sobre estes temas, no final da obra.

Quem somos nós, autores deste manual

Somos uma equipe específica do **Projeto Transversões**, um projeto integrado de pesquisa e extensão voltado para o tema da saúde mental e das abordagens psicossociais, criado em 1996, e lotado institucionalmente na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Somos profissionais, pesquisadores e alguns de nós somos também ativistas do movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica. Realizamos pesquisas e estudos sobre o tema, como também consultorias a órgãos públicos, programas e serviços de saúde mental e atenção psicossocial, e também nos dedicamos à formação de profissionais, gestores, usuários e familiares do campo. Neste trabalho, o empoderamento e o protagonismo dos usuários e familiares constitui uma prioridade, desde o início de nossas atividades.

A partir deste trabalho, em 2009, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, naquele momento tendo o Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado na direção, nos fez um pedido para alguns projetos, e entre eles estava o de produzir um manual sobre direitos dos usuários e familiares no campo da saúde mental e drogas.

Para este trabalho, constituímos uma equipe especial do Transversões, completando o grupo de autores com uma pessoa externa, estudiosa do campo do direito e saúde mental. Para uma rápida apresentação, a equipe ficou composta dos seguintes pesquisadores:

Eduardo Mourão Vasconcelos, coordenador do projeto, é psicólogo e cientista político, e professor associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com doutorado na *London School of Economics* e pós-doutoramento na *Anglia Ruskin University*, Cambridge, ambas na Inglaterra. É também coordenador do Projeto Transversões, para o qual conta com reconhecimento e apoio do CNPq, na forma de Bolsa de Produtividade em Pesquisa I - B, e também do Ministério da Saúde e da FAPERJ.

Girlane Mayara Peres é graduada em psicologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina, e mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente é colaboradora do CRP 12, Conselheira do Conselho Estadual de Entorpecentes de Santa Catarina, e faz formação em Psicologia relacional sistêmica pelo Instituto Familiare. É supervisora de tutoria do Programa Mais Médicos.

Jeferson Rodrigues é graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, é especialista em Atenção Psicossocial pela Universidade do Estado de Santa Catarina, e também Mestre e Doutor pelo PEN/UFSC. Foi professor adjunto da FACENf/UERJ em 2012, e atualmente é professor adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Atua também como membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Mental/OPAS, e do Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da ABEn Nacional.

Luciana Barbosa Musse é graduada em Psicologia e Direito pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Mestre e Doutora em Direito pela PUC/SP, na área de concentração de Teoria do Direito e do Estado. Foi Ouvidora-Geral Adjunta da Advocacia-Geral da União (AGU) e Ouvidora do Serviço Florestal Brasileiro (SFB), e é hoje professora da disciplina Filosofia do Direito do Curso de Direito do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), em Brasília/DF. Publicou em 2008 o livro *Novos sujeitos do direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*, pela Elsevier, do Rio de Janeiro, um importante trabalho que foi muito útil na produção deste manual.

Rosaura Maria Braz é graduada em Psicologia pela Universidade Gama Filho (RJ), com especializações em Terapia de Família (Instituto de Terapia de Família – RJ), Psiquiatria Democrática (Fiocruz / RJ e por Trieste / IT) e Gerontologia e Geriatria (Universidade Federal Fluminense (RJ)). É uma ativista histórica do movimento antimanicomial no Rio de Janeiro, e atua no Projeto Transversões desde o seu início, priorizando o tema da família no campo da saúde mental.

Esta equipe de trabalho assumiu este desafio com toda a garra, sem desânimo, por quatro anos. Acabamos tendo um volume de trabalho enorme, muito além do esperado e contratado inicialmente, algo que só fomos percebendo aos poucos. Contudo, todos eles reconheceram a importância deste projeto e o abraçaram com afinco até o final. Sem esse enorme engajamento deles, seria impossível chegar ao final da publicação que, você leitor, tem agora em mãos. Como coordenador da equipe, gostaria de agradecer e parabenizar a todos: muito obrigado a vocês, Girlane, Jeferson, Luciana e Rosaura! E para aqueles interessados neste processo de produção e nos princípios que nos orientaram neste manual, há um apêndice detalhado sobre o assunto no final da publicação.

Como ter o acesso a este manual

Como indicamos acima, este manual foi produzido por meio de um termo de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, mais especificamente a Escola de Serviço Social da UFRJ. Portanto, os direitos autorais pertencem originalmente às duas instituições. **Nossa expectativa, como autores deste manual, é de que ele possa ter a máxima circulação possível, de forma gratuita e sem fins lucrativos.** O Projeto Transversões está fazendo, com recursos próprios da cooperação, uma primeira edição limitada, para permitir um primeiro acesso para as principais instituições interessadas. Depois, pelos termos da própria cooperação, a publicação é colocada à disposição do Ministério da Saúde, para que seja avaliada, para um eventual uso na rede de atenção psicossocial do SUS.

De qualquer forma, independente deste encaminhamento, providenciaremos a sua disponibilização em um sítio adequado na Internet. Assim, para aqueles interessados neste acesso, sugerimos colocar o seu título nos programa de busca da Internet, e baixá-lo para o seu computador.

X X X

Acreditamos que estas são as informações básicas e necessárias para apresentar, se conhecer melhor a natureza e as formas de usar este manual. Esperamos que esta publicação cumpra o seu papel de contribuir efetivamente para o avanço das conquistas dos direitos no campo da atenção psicossocial, processo profundamente norteado e orientado pela reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. E para nós, autores deste manual, essa transformação só pode ser realizada de forma mais coerente se os usuários e familiares da atenção psicossocial, em suas formas próprias, forem co-partícipes integrais de sua construção e conquista.

Agradecimentos

Este manual não poderia ser desenvolvido sem o apoio de um conjunto de instituições e pessoas, e neste momento gostaríamos de reconhecer e manifestar nosso agradecimento a elas. Sabemos que, ao nomear pessoas, caímos no risco de fazer injustiças esquecendo de algumas delas, mas não podemos deixar de fazê-lo em relação àquelas que nos deram o seu suporte mais direto para nossa iniciativa.

Em primeiríssimo lugar está a contribuição da experiência de vida e das sugestões dos **usuários e familiares** com quem temos contato regular, particularmente com os **participantes e facilitadores de nossos grupos ajuda e suporte mútuos**, um projeto do Projeto Transversões paralelo a este. É principalmente com eles que nós, autores deste manual, aprendemos como é olhar o mundo, a sociedade e atenção psicossocial e seus desafios, pela ótica de seus pontos de vista próprios, e que nos permite aventurar na construção de um manual como este, voltados especialmente para eles. Neste mesmo projeto, também tem sido fundamental a interlocução com os CAPS e profissionais apoiadores que abraçaram o projeto, que acompanham os grupos e também nos ajudam a interpretar os caminhos que os usuários e familiares vão tomando. Muito obrigado também a vocês!

Em segundo lugar, não podemos esquecer dos **ativistas usuários, familiares, trabalhadores, estudantes e profissionais do movimento antimanicomial em todo o Brasil**, que assumiram esta perspectiva ética e política de levar a frente a reforma psiquiátrica no país, fazendo dos usuários e familiares atores privilegiados das lutas. Para nós, o movimento antimanicomial é a principal “escola” e patrimônio de experiências de como se lutar pelos direitos em saúde mental e na atenção psicossocial no país.

Ainda no Brasil, gostaríamos de agradecer primeiramente ao **Fundo Nacional de Saúde e à Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde**, que apoiaram e financiaram este projeto. A iniciativa nos foi proposta inicialmente por Pedro Gabriel Godinho Delgado, coordenador por 10 anos, até 2010. Após, Roberto Tykanore Kinoshita e Fernanda Nicácio assumiram o cargo, continuando a nos apoiar e nos estimularam a finalizar o trabalho, e somos muito agradecidos por isso. Também toda a sua equipe da coordenação foi fundamental no apoio ao projeto, mas gostaríamos especialmente de lembrar de Milena Leal Pacheco, mais diretamente ligada a este projeto, mas também de Marcel Carvalho, Cleide Souza e June Scafuto. No **Fundo Nacional de Saúde**, gostaria de agradecer particularmente a Divisão de Convênios lotado no Rio de Janeiro, pela orientação e apoio regular, principalmente nas pessoas de Manoel Nobre dos Santos e Fernando Augusto de Carvalho. Ainda no âmbito do governo federal, queremos expressar o nosso reconhecimento ao **CNPq, Conselho Nacional de Pesquisa**, ligado ao Ministério de Ciência e Tecnologia, pelo seu apoio regular ao Projeto Transversões, na forma de bolsa de produtividade em pesquisa.

Voltando à cidade do Rio de Janeiro, este projeto não poderia se desenvolver de forma alguma sem toda a **equipe do Projeto Transversões**, e de maneira especialmente aqueles que assinam a **autoria deste manual**, já descritos na apresentação. Como já afirmei lá, Girlane Peres, Jeferson Rodrigues, Luciana Musse e Rosaura Braz foram bravíssimos, abraçaram o projeto com todo o coração, e aguentaram firme até o final. Muito obrigado a vocês!

Gostaríamos de agradecer imensamente as pessoas que contribuíram diretamente para este manual, com **sugestões, propostas e principalmente com leituras críticas** das primeiras versões dos textos. Neste grupo, estão no Rio de Janeiro nossa colega e amiga Rita Cavalcante Lima, que foi uma leitora crítica e consultora permanente, e também Márcia Schmidt, Pedro Gabriel Delgado, Cristina Ventura, Paulo Henrique Resende, Franklin Rubinstein, Glória Lotfi, Maria de Jesus Lopes, Milton Freire, Iracema Polidoro, Márcia Valente, Domingos Santos, Nilo Sérgio Oliveira, Nilce Tavares e Geraldo Lopes, e em outros estados, Lúcia dos Santos Rosa (PI) e Nilo Neto (SC). A todos eles, nossa gratidão!

No campo jurídico e do Sistema Justiça, Luciana Barbosa Musse organizou em Brasília sua rede de suporte para sugestões e leituras críticas, e entre as pessoas que mais ajudaram, estão Aléssia Barroso Lima Brito Campos Chevitarese, advogada, mestre em Direito, Professora de Direito Constitucional e Filosofia do Direito do UniCEUB; Aline Albuquerque

Sant'Anna de Oliveira, doutora em ciências da saúde pela UnB, mestre em direito pela UERJ, advogada da União na Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Professora de Direitos Humanos do UniCEUB; Alvaro Luis de Araújo Sales Ciarlini, doutor em direito, juiz de direito do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), e professor de direito processual civil do UniCEUB; Carolina Costa Ferreira; mestre em direito pela UnB e professora de Direito Penal e Processual Penal do UniCEUB; Márcia Maria Regueira Lins Caldas, psicóloga, assessora de saúde mental da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), do Ministério Público Federal; Roberto Freitas Filho, doutor e mestre em direito pela USP, professor de direito do consumidor, sociologia jurídica, filosofia e teoria do direito, coordenador do curso de direito do UniCEUB; e Selma Leite do Nascimento Sauerbronn de Souza; mestre em direito, procuradora de justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), e professora de Direito da Criança e do Adolescente do UniCEUB.

Ainda na produção direta do manual, agradecemos calorosamente a **Henrique Monteiro da Silva, artista plástico, ilustrador** e usuário da saúde mental, membro atuante da TV Pinel, pelas ótimas ilustrações que criou para toda a publicação. Este foi um trabalho árduo, longo, pelo enorme volume de desenhos, e cada um deles foi discutido juntos, durante muitas tardes de atividade. Na criação da **identidade visual e do projeto gráfico** do manual, somos muito gratos pelo compromisso pessoal com o projeto do manual, e pelo trabalho paciente, maduro e profissional, a Idmar Pedro Silvério Costa, da 3i Editora, em Belo Horizonte. A **ficha catalográfica** foi elaborada gentilmente pela amiga e bibliotecária Eneida Oliveira, do Sistema de Biblioteca e Informações da UFRJ (SIBI), a quem somos muito gratos por mais este apoio. E ainda nesse campo, agradecemos a Carlos Eduardo Machado e todo o pessoal da Gráfica e Editora O Lutador, que abraçou de coração este projeto, viabilizando-o em sua gráfica.

Este projeto também não poderia se desenvolver sem a inspiração nos movimentos de usuários e familiares e de reforma psiquiátrica de outros países, e na sua sistematização em textos e publicações. Para ter acesso a toda esta experiência, temos contado com intensa colaboração de nossos vários **parceiros internacionais**, e não podemos deixar de citar aqui, dentre eles, Richard Weingarten, liderança dos usuários nos Estados Unidos; a Prof^a Shulamit Ramon, pesquisadora e ativista do campo da saúde mental na Inglaterra; Eugène Enriquez, em Paris; Manuel Desviat, em Madrid, na Espanha, e Ernesto Venturini, em Imola, Itália.

É claro que temos também importantes **parcerias intelectuais e de companheirismo acadêmico no Brasil**, e várias delas tiveram contribuições indiretas, mas também fundamentais neste projeto. Aqui, não posso deixar de citar os importantes aportes de muita gente, como Lucia dos Santos Rosa e Marta Evelyn Carvalho, em Teresina (PI); de Rosana Onocko Campos e Rodrigo Presotto, em Campinas (SP); de Eraldo Ferreira, de Santo André (SP); de Silvio Yasui, em Assis, (SP); de Sandra Fagundes, em Porto Alegre, e de Judete Ferrari e Teresinha Aurélio, em Alegrete (RS); de Magda Dimmenstein, em Natal (RN); de Tarcísia Castro Alves, em Vitória da Conquista (BA); de Willian Castilho Pereira, em Belo Horizonte (MG); e de Domingos Nascimento Alves, Pedro Gabriel Delgado, Paulo Amarante, Marta Zappa, Rita Cavalcante Lima, Erimaldo Nicácio, Irene Rizzini, Nina Isabel Soalheiro, Marco Duarte, Martinho Silva, Sergio Brasil, Eduardo Passos e Benilton Bezerra Jr. no Rio de Janeiro. Quero lembrar também de Eymard Mourão Vasconcelos, de João Pessoa (PR), meu irmão e amigo pessoal, companheiro de caminhada desde o início de nosso ativismo social na década de 1970, um dos fundadores e liderança-chave do movimento de educação popular em saúde do país, e também de Marcos Vasconcelos, seu filho, hoje também já uma das lideranças nacionais do movimento. Ainda neste âmbito das parcerias nacionais, é fundamental agradecer o apoio que temos recebido de várias **lideranças de profissionais, e particularmente gestores estaduais e municipais de programas e serviços de saúde mental em todo o país**. Aqui, no Rio de Janeiro, somos muito gratos a Francisco Sayão Lobato Filho e a Márcia Schmidt, na esfera estadual; a Pilar Belmonte, Alexander Ramalho, Ana Carla Silva, Aline Cescon Jardim, Mariana Sloboda, Leonardo Araujo de Souza, Pollyanna Ferrari, Margarete Araujo e Hugo Fagundes, na esfera do município. Entre as **várias associações de usuários e familiares** que apoiaram inteiramente este projeto, não podemos deixar de agradecer e citar a APACJUM e a AFAUCEP, no Rio de Janeiro; a AFAUC, de Angra dos Reis; a AFLORE, de Campinas; a De Volta pra Casa, de Santo André; a Mente Ativa, de São Bernardo do Campo; e a Âncora, de Teresina (PI).

No apoio institucional direto a este projeto, é fundamental reconhecer que ele não seria possível sem o suporte integral da **Vice-Reitoria da UFRJ**, que faz a gestão dos convênios externos desta universidade, assumindo portanto o convênio com o Fundo Nacional de Saúde. Assim, nosso muito obrigado aos vice-reitores, nas pessoas da Prof.a Sylvia da Silveira Mello Vargas, que exerceu o cargo até 2011, e do atual, Prof. Antônio José Ledo Alves da Cunha. Além deles, dentro da UFRJ, a tramitação contou com o enorme suporte e aconselhamento regular de Inês Maciel, Regina Célia Loureiro, Sílvia Reis dos Santos e Penha Ferreira dos Santos, bem como com o apoio administrativo da **Fundação José Bonifácio (FUJB)**. Na **tramitação financeira e contábil**, tivemos duas irmãs, que vestiram a camisa do projeto, em um trabalho silencioso, mas gigantesco e imprescindível para o seu bom andamento e finalização: Claudia e Marcia Nascimento da Silva. Muitíssimo obrigado a vocês duas!

Ainda na UFRJ, tivemos todo o total apoio da direção da **Escola de Serviço Social da UFRJ**, nas pessoas dos professores Mavi Rodrigues e Marcelo Braz; do **Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**, de duas coordenadoras, as professoras Sara Graneman e Rosana Morgado; e do **Departamento de Métodos e Técnicas**, chefiado neste período pelas professoras Rita Cavalcante Lima e Mirian Guindani. Estas instâncias são aquelas que nos acolhem, avaliam e aprovam todos os nossos projetos, e dão todo o apoio institucional, o espaço e a infraestrutura básica de funcionamento para nosso trabalho interno. Somos muito gratos a todos eles.

Em Santa Catarina, precisamos reconhecer apoio do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por incentivar projetos como o nosso, de construção e difusão do conhecimento e da informação no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Antes de terminar, gostaria de lembrar também de nossas famílias, que compreenderam a importância e apoiaram integralmente este projeto desde o início, apesar de saberem que ele implicaria em diminuir sobremaneira o nosso tempo de convívio familiar. No meu caso pessoal, quero expressar minha mais profunda gratidão a minha família carioca, a Denise Pamplona; a Pedro Henrique, a Carolina e a nossa neta Luisa; e a Maria Paula. Em Belo Horizonte, estão minha mãe, Teresinha, e mais sete irmãos, a quem também tive de pedir muitas desculpas durante este período, pela diminuição de minhas viagens e estadias por lá...

A todos vocês, e aos vários apoiadores que não pudemos nomear aqui, nosso muito obrigado!

Eduardo Mourão Vasconcelos e equipe de autores do manual



Posfácio

Como fase final do termo de cooperação entre a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, e a UFRJ, foi realizada em outubro de 2014, em Brasília, uma reunião de apresentação deste manual para o fechamento final da obra. Após a apresentação de seu conteúdo, a Coordenação demonstrou uma concordância mais ampla com as linhas gerais do trabalho realizado, mas sugeriu a inclusão de dois tópicos, que correspondem a medidas recentes, posteriores à pesquisa realizada para este manual. São eles:

- a) O **Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social - Pronacoop Social**, instituído pelo Decreto 8.163, de dezembro de 2013, da Presidência da República e ministérios envolvidos, sobre o direito ao trabalho e renda, tema discutido no manual no capítulo 5;
- b) As **novas recomendações do Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (Discapacidades)** sobre a **tomada de decisão assistida**, publicadas em abril de 2014, que reforçam a posição da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Discapacidades) sobre a capacidade legal destas pessoas, e que conflitam com o atual Código Civil brasileiro sobre o tema da interdição, tema discutido no capítulo 4.

Assim, este posfácio se destina a cumprir esta tarefa de atualização do manual, discutindo em separado os dois tópicos.

O Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social - Pronacoop Social

O Decreto 8.163, de dezembro de 2013, da Presidência da República e dos demais ministérios envolvidos, que institui o Pronacoop - Social, constitui na verdade o resultado de muitos anos de reivindicações e mobilização dos movimentos, projetos de empreendimentos solidários e do cooperativismo social. Estes vinham requerendo a regulamentação do setor, esperado desde a promulgação da Lei 9.867, de 1999, das cooperativas e empreendimentos econômicos solidários sociais.

Entre os princípios do Pronacoop Social, estão o de promover a "participação e inclusão de pessoas em desvantagem na sociedade e respeito pela diferença como parte da diversidade humana", a "geração de trabalho e renda a partir da organização do trabalho com foco na autonomia e autogestão", e a "coordenação de ações dos órgãos que desenvolvem políticas de geração de trabalho e renda para as pessoas em desvantagem." As ações previstas incluem a formalização e o fortalecimento dos projetos, o acesso ao crédito e à comercialização de seus produtos, a formação continuadas de seus agentes, o apoio tecnológico e gerencial, a transferência de recursos e abertura de linhas de crédito. O Comitê Gestor do programa é composto por 12 membros, sendo 6 representantes dos ministérios envolvidos, agenciados pelo Ministério do Trabalho, e os outros 6 de entidades da sociedade civil, de caráter nacional, diretamente envolvidas na área. O comitê já realizou sua primeira reunião em setembro de 2014.

Dentre as reivindicações levadas ao Comitê Gestor nesta reunião, aprovadas pela assembleia final do IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental, realizado previamente em Manaus em setembro de 2014, estão medidas importantes para a consolidação do direito ao trabalho dos usuários da atenção psicossocial:

- “1) Que seja garantido o registro legal das cooperativas sociais no Brasil;
- 2) Que os usuários da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) não tenham seus benefícios sociais e previdenciários cortados quando participarem de cooperativas sociais;
- 3) Que se construa efetivamente uma Política Pública Intersetorial de Apoio e Fomento às Cooperativas Sociais;
- 4) Que no eixo da reabilitação psicossocial da RAPS se garanta um financiamento permanente para incubação e desenvolvimento das oficinas e projetos de inclusão social pelo trabalho;
- 5) Que os equipamentos exclusivos de inclusão social pela arte, cultura e trabalho sejam reconhecidos, com registro adequado, na RAPS.”

(fonte: <http://saudeecosol.org/primeira-reuniao-do-comite-gestor-do-programa-nacional-de-cooperativismo-social-pronacoop-social/>)

A ‘tomada de decisão assistida’ na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (Discapacidades)

O fato de uma pessoa ter deficiência ou incapacidade não a torna incapaz de administrar sua própria vida ou exercer os atos da vida civil. Diante disso, a interdição parcial, e principalmente a interdição total, representam ações extremas. Conforme discutimos no capítulo 4 deste manual, elas significam uma enorme perda nos direitos humanos e fundamentais da pessoa, como a liberdade de ir e vir, administrar bens, tomar decisões importantes na vida etc. Assim, uma interdição só deve ser adotada em último caso, em caráter excepcional, com o intuito de assegurar, e não de negar direitos.

Exatamente por estas razões, a Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (ou incapacidade), e que mais tarde foi promulgada no Brasil pelo Decreto n.º 6.949, de 2009, adotou o modelo da *tomada de decisão assistida ou apoiada*, em relação à capacidade legal dessas pessoas. Esse modelo objetiva evitar o desrespeito ou a negação do direito das pessoas com deficiência decidirem sobre suas próprias vidas, mesmo que tais abusos sejam praticados em nome do seu “melhor interesse”.

O tema está colocado no Art. 12, inciso 2, da Convenção ou do Decreto, que trata da igualdade formal, ou seja, do reconhecimento igual destas pessoas perante a lei. Para que esse modelo de tomada de decisão seja efetivado, a Convenção afirma a necessidade de os Estados Partes da Convenção reconhecerem que as pessoas com deficiência ou incapacidades tenham os mesmos direitos das demais pessoas, de tomar decisões sobre suas próprias vidas, expressando seus desejos, necessidades e preferências pessoais e, por que não, assumindo riscos e cometendo erros.

No modelo de *tomada de decisão assistida ou apoiada*, as pessoas com deficiência ou incapacidade devem ser auxiliadas a tomarem decisões de forma autônoma, e não serem tuteladas ou terem suas decisões substituídas pelas de outra pessoa.

Entretanto, o atual Código Civil Brasileiro, de 2002, apresenta uma abordagem contrária à da Convenção. Apesar de adotar a capacidade civil como a regra e a incapacidade como a exceção (o que, portanto, exige a comprovação por quem a alega), também acolhe, no seu artigo 1.767, inciso I, o instituto da **curatela** das pessoas com deficiência, como apresentamos no capítulo 4 deste manual. Estas pessoas são vistas como “aquelas que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil”. O modelo é o da *substituição da vontade, da*

decisão da pessoa interditada pela vontade de um terceiro, denominado 'curador', que é designado pelo juiz, por meio de processo de interdição.

Tendo em vista os muitos casos de países com legislação civil similar à brasileira, o Comitê da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, que monitora a implementação da Convenção, divulgou em abril de 2014 novas recomendações para os Estados membros. A representante do Comitê, Theresia Degener, resume da seguinte forma o conteúdo destas recomendações: "As pessoas com deficiências, incluindo aquelas com limitações psicossociais ou cognitivas, **devem ser assistidas nas tomadas de decisão, e não ter decisões tomadas por elas**, mesmo quando isso é justificado como sendo para o seu próprio interesse"¹. É importante lembrar, como já abordado em outras partes deste manual, que a Convenção foi, até o momento, a única norma internacional sobre direitos humanos a ser incorporada ao ordenamento jurídico pátrio com o *status* de norma constitucional. Assim, neste tópico, temos um **claro conflito jurídico** entre uma norma constitucional (a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência) e uma lei ordinária (o Código Civil), que na hierarquia das normas jurídicas é inferior à primeira.

Casos de conflitos como este nos abrem **duas frentes de lutas na defesa dos direitos dos usuários**. A primeira diz respeito a **decisões em casos individuais**, pois como a norma constitucional é recente e pouco conhecida, é possível que muitos juízes ainda tomem suas decisões com base no Código Civil. No entanto, as pessoas com transtorno mental ou com problemas decorrentes do uso de drogas, se lhes interessar lutar por sua plena capacidade legal, podem questionar as decisões do curador, arbitrárias ou não, tomadas sem seu conhecimento ou em sentido contrário aos seus desejos ou necessidades. Mesmo que elas sejam baseadas no Código Civil, a Convenção, como norma constitucional, pode ser usada para contestar as decisões de um curador ou de um juiz.

A segunda frente de lutas é mais ampla e vai exigir mais debates tanto na sociedade em geral e junto ao Poder Judiciário, quanto no Poder Legislativo nacional, que avalia e delibera sobre as leis. Esta frente diz respeito a exigir **mudanças no próprio Código Civil** brasileiro, pela **alegação de inconstitucionalidade**, pelo menos, **da medida de interdição total**, e portanto, da necessidade de sua exclusão do ordenamento jurídico brasileiro.

Rio de Janeiro, novembro de 2014

Eduardo Mourão Vasconcelos, Jeferson Rodrigues e Luciana Barbosa Musse

¹ A nota deste Comitê da ONU sobre o tema pode ser encontrado na seguinte fonte: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14527&LangID=E>. O grifo no depoimento foi nosso. Por sua vez, o documento oficial pode ser acessado em <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>. Os acessos foram feitos em novembro de 2014.



Uma introdução necessária ao mundo dos direitos: as normas jurídicas, suas diversas áreas, tipos e hierarquia

Luciana Barbosa Musse¹



1) Apresentação

Este manual pretende estimular a autonomia e a defesa dos direitos de pessoas com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, seus familiares e amigos, profissionais de saúde e da rede de atenção psicossocial, bem como de outras áreas que, com eles e por eles, convivem e buscam a concretização de seus direitos e o seu reconhecimento como sujeitos de direito.

Para aqueles que elaboraram este manual, esse reconhecimento e a efetiva conquista da cidadania dessas pessoas passa, obrigatoriamente, por um maior conhecimento, compreensão e respeito aos seus direitos e deveres. E direitos e deveres são descritos principalmente em normas jurídicas, que pertencem ao mundo do Direito.

As normas jurídicas são regras de conduta social, que tem o objetivo de regular a vida e as atividades das pessoas em suas relações sociais, e o fazem estabelecendo ações ou comportamentos esperados por parte das pessoas e instituições, que constituem o destinatário das normas.

¹ **Luciana Barbosa Musse** é graduada em Psicologia e Direito pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Mestre e Doutora em Direito pela PUC/SP na área de concentração de Teoria do Direito e do Estado. Foi Ouvidora-Geral Adjunta da Advocacia-Geral da União (AGU) e Ouvidora do Serviço Florestal Brasileiro (SFB), é hoje professora da disciplina Filosofia do Direito do curso de Direito do Centro Universitário de Brasília (Uniceub), em Brasília/DF. Publicou em 2008 o livro *Novos sujeitos do direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*, um importante trabalho que foi muito útil na produção deste manual.

Por isso, ao longo deste Manual, você encontrará várias citações e referências a normas jurídicas, tais como a Constituição Federal, algumas convenções internacionais, a Lei n. 10.216 (de reforma psiquiátrica), decretos, portarias etc. **Em todas as páginas do manual, as citações são sombreadas de cinza, para diferenciá-las do texto regular, e ao final de cada citação, o leitor verá um número entre parêntesis. Este número indica o nome ou título da norma citada, que é fornecido então em uma lista em nota de rodapé de cada página.**

Neste processo de ir conhecendo as normas jurídicas de um país ou de uma área particular de atuação humana, sempre aparecem dúvidas: como diferenciar os vários tipos de normas? Qual delas é mais importante? Quem produz cada uma delas? A quem se dirige(m), ou, em outras palavras, quem deve obedecê-la(s)? A quem protege(m)? Em razão destas e outras dúvidas que possam surgir por conta da falta de familiaridade que temos com os termos jurídicos, tomamos a liberdade de apresentar aqui algumas **breves noções básicas sobre as normas jurídicas**. Embora não seja imprescindível, recomendamos que elas sejam lidas antes de se entrar em contato com o conteúdo deste manual, para facilitar a sua compreensão. Ademais, acreditamos que elas serão úteis também em todas as situações que envolvem direitos, na vida diária, e particularmente no processo de conquista de uma cidadania mais plena das pessoas com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso de drogas.

2) As normas jurídicas internacionais e sua relação com as normas internas de cada Estado²

Em primeiro lugar, cabe dizer que temos **normas jurídicas internacionais e internas**. As normas jurídicas internacionais compõem o chamado **Direito Internacional**, que se divide em **público** ou **privado**, e se apresenta na forma de **Tratados, Convenções ou Declarações**, que são compromissos assumidos, voluntariamente, por vários países, envolvendo determinado assunto, como por exemplo direitos humanos, comércio, saúde, educação, extradição e tráfico de pessoas.

O **Direito Internacional Público** é aquele que disciplina as relações entre Estados soberanos e organismos internacionais, tais como a Organização das Nações Unidas (ONU) ou a Organização Mundial do Comércio (OMC). Essas relações são estabelecidas por meio de Tratados Internacionais.

Tratado Internacional é expressão utilizada para indicar um acordo internacional, formal, assumido, por escrito, entre dois ou mais sujeitos de direito internacional público, ou seja, entre Estados ou entre Estados e organismos internacionais, com o objetivo de produzir direitos e deveres, e seus efeitos jurídicos. Os tratados podem ser, por exemplo, sobre questões comerciais ou sobre direitos humanos.

A expressão **Convenção Internacional** também é usada para indicar acordos realizados entre dois ou mais Estados, quando resultam de conferências internacionais e que tratam de assuntos de interesse geral, de caráter não político, como por exemplo, questões trabalhistas ou o direito das pessoas com deficiência.

Para que um Tratado ou uma Convenção Internacional possa gerar direitos e obrigações em um determinado Estado, ele deverá ser recepcionado na ordem jurídica interna ou nacional, ou seja, ele deve ser reconhecido pelas autoridades competentes como norma jurídica interna àquele país. No Brasil, essa questão está prevista na Constituição Federal, nos seus artigos 5º, §§2º e 3º; 21, I; 49, I e 84, VIII.

Tradicionalmente, no Brasil, a norma jurídica contida no tratado ou na convenção internacional, uma vez internalizada, ocupa posição hierárquica de uma lei comum, que em Direito chamamos de **lei ordinária**, como veremos a seguir

² Na linguagem política e jurídica, denomina-se **Estado** o ente que, no dia a dia, chamamos de **nação** ou **país**. Para evitarmos confusões com as unidades da federação (estados), escrevemos: **Estado** = nação, país (Brasil, Chile, Grécia...) e **estado** (com [e] minúsculo) = estado-membro (Alagoas, Mato Grosso, Minas Gerais, Santa Catarina etc).

neste texto. Contudo, após a Emenda Constitucional (EC) n. 45/2004, que incluiu o § 3º, ao art. 5º da Constituição Federal de 1988, se o tratado ou convenção internacional tratar de direitos humanos e for aprovado em cada Casa do Congresso Nacional (Senado e Câmara dos Deputados), em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, será equivalente à **emenda constitucional**, ou seja, será equiparado à norma constitucional, tendo o mesmo valor da Constituição Federal na hierarquia das normas jurídicas. O único caso, no Brasil, que se enquadra nessa hipótese, é exatamente o da **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** e seu Protocolo Facultativo, aprovados por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, com status de emenda constitucional, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Veremos durante este manual que esta convenção e seu respectivo decreto também inclui as pessoas com transtorno mental, por que o conceito de “pessoas com deficiência” da própria convenção é mais amplo do que se entende no senso comum como “deficiência», e daí sua importância para o tema deste manual.

Por outros caminhos, se um tratado de direitos humanos for aprovado “nas condições normais”, ou seja, não seguindo o que estabelece o art. 5º, § 3º da Constituição Federal, ficará equiparado apenas à lei ordinária, como já dito.

A obrigatoriedade de um Estado cumprir os tratados internacionais aos quais aderiu funda-se em um princípio fundamental do direito internacional. Ele tem origem no Direito do Império Romano, que tem inspirado desde então o Direito da maioria dos países, e é sintetizado na seguinte frase em latim: “*Pacta sunt servanda*”, que significa que os Estados devem respeitar os pactos por eles estabelecidos.

O **Direito Internacional Privado**, por sua vez, trata das relações entre cidadãos de nacionalidade diferentes. Atualmente, as pessoas, cada vez mais, estabelecem relações – pessoais e comerciais - que ultrapassam as fronteiras de seu país, podendo, então, surgir o que se chama de conflito de leis no “espaço”, ou seja, as (diferentes) normas de Estados diversos incidindo sobre uma mesma situação, ato ou fato jurídico. Para ilustrar isso, podemos citar o casamento entre pessoas de nacionalidades diferentes (por exemplo, um brasileiro e uma canadense), ou uma indústria brasileira que vende os produtos que fabrica para empresários de Angola.

O Direito Internacional Privado tem por objetivo solucionar tais conflitos no plano internacional, indicando a lei a ser aplicada. Grande parte de suas normas se encontram, no Brasil, na Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB).

3) As normas jurídicas internas de um Estado e suas diversas áreas

As **normas jurídicas internas** são aquelas que, como o próprio nome indica, integram o **Direito Interno** de um Estado, como o Brasil, o Japão ou o México e organizam a vida e as relações daqueles indivíduos que vivem nele ou ali se encontram.

O direito interno se divide em várias áreas, que regulam a vida e as atividades:

- (a) de todos: Estado, Empresas e Cidadãos, como o Direito Constitucional e o Direito Ambiental;
- (b) do Estado (Direito Administrativo);
- (c) das empresas (Direito Tributário, Direito Empresarial, Direito do Trabalho);
- (d) dos cidadãos (Direito de Família, Direito do Consumidor).

Assim como o Direito Internacional, o Direito Interno pode ser dividido em Público, Privado e, ainda, Difuso.

São exemplos de áreas do **Direito Interno Público**:

- a) **Direito Constitucional** – é o ramo do Direito Público que dispõe sobre a organização do Estado, a função de seus órgãos e os direitos fundamentais do indivíduo.
- b) **Direito Administrativo** – é o conjunto de normas jurídicas que organizam administrativamente o Estado, definindo os modos, os meios e a forma de ação para a concretização de seus objetivos. Dispõe sobre a realização de serviços públicos destinados à satisfação das necessidades coletivas fundamentais.
- c) **Direito Penal** – define os crimes e estabelece as punições correspondentes ou medidas de segurança, de maneira precisa e anterior à prática do crime.
- d) **Direito do Trabalho** – é o ramo do direito público que disciplina as relações de trabalho, entre patrão e empregado, superior e subordinado ou a este equivalente, bem como determina seus sujeitos e as organizações destinadas à sua proteção.
- e) **Direito Previdenciário** – é o ramo do direito público que tem como objetivo a regulação das questões previdenciárias, que, por sua vez, compõem a seguridade social, tais como aposentadoria e auxílio-doença.
- f) **Direito Tributário** – tem como objeto o campo as receitas de caráter compulsório, cobradas pelo Estado (União, estados, Distrito Federal e municípios), disciplinando a imposição, fiscalização e arrecadação de impostos, taxas e contribuições.

Ao percorrer este manual, veremos que boa parte das normas indicadas aqui são da área do direito constitucional, administrativo e penal, mas algumas também são do direito do trabalho e previdenciário.

O **Direito Interno Privado** é aqui exemplificado pelo **Direito Civil**, que é o conjunto de normas que rege os interesses fundamentais do homem, pela simples condição de ser humano. Como o leitor perceberá, este manual cita muitas normas desta área, pois o Direito Civil regula as relações entre os particulares, suas **relações familiares e patrimoniais**, considerando-os simplesmente como pessoas e não como membros de uma profissão ou nacionalidade.

Como parte importante do Direito Civil, temos o **Direito de Família**, que regula as relações entre pessoas de um mesmo grupo familiar, também fortemente presente neste manual. Suas normas estabelecem os direitos e deveres entre pais e filhos ou avós e netos, como o direito ao nome, guarda e o direito à pensão alimentícia ou, ainda, entre marido e mulher (casamento, divórcio, união estável etc).

Os **direitos difusos** são direitos que envolvem coletividades, grupos considerados enquanto tal, por isso são chamados de transindividuais, de natureza indivisível, cujos titulares são pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato (art. 81, I do Código de Defesa do Consumidor). O direito do consumidor e o direito ambiental são exemplos de direitos difusos.

O **Direito do Consumidor** é formado por um conjunto de normas jurídicas que regulam as relações potenciais ou efetivas entre consumidores e fornecedores de produtos e serviços. Por sua vez, o **Direito Ambiental** é composto de normas jurídicas que cuidam do meio ambiente em geral, ou seja, o meio ambiente natural, artificial, cultural, tais como a proteção de matas, florestas e animais a serem preservados, o controle da poluição e do lixo urbano etc. O direito do consumidor mereceu uma seção específica neste manual, mas os temas e o direito ambiental foram raramente citados neste manual.

As normas jurídicas de Direito Interno podem, também, ser classificadas como **nacionais**, quando valem em todo o território nacional e se aplicam a todas as pessoas, órgãos e instituições, como o Código Civil ou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ou ainda como **locais**, quando elaboradas por autoridade de um **estado** (Ex: Amazonas, Goiás, Paraíba, São Paulo) como o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS), ou **município** (Ex: Cabo Frio/RJ; Fortaleza/CE; Belém/PA; Bagé/RS) como o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU).

Outra forma de diferenciar as normas de Direito Interno é classificá-las como **federais, distritais, estaduais** ou **municipais**. Como o Brasil é uma **federação**³, em cada um destes ordenamentos jurídicos parciais é possível verificar a existência de uma **hierarquia entre as normas**, conforme vamos expor logo a seguir. Porém, exceto em situações em que há **competência normativa concorrente**⁴, não há hierarquia entre normas de um ordenamento parcial – União - e as normas de outro ordenamento parcial, como os Estados ou o Distrito Federal. Em outras palavras, a Constituição Federal não é superior à Constituição do Estado de Pernambuco ou de qualquer outro estado brasileiro.

4) A hierarquia entre as normas jurídicas

Em todos os Estados, as normas jurídicas apresentam uma ordem de importância, na qual aquelas dos níveis mais baixos devem obedecer às normas superiores. Assim, temos um **hierarquia de valor ou de importância**. Isso é importante compreender, pois nas páginas deste manual vamos citar de forma indiferenciada várias normas, sem dizer qual é mais importante que a outra, mas o leitor, após ler esta introdução, vai poder classificá-las por si mesmo. Para ajudar neste objetivo, vamos indicar, ao longo da classificação abaixo, vários exemplos das principais normas do campo da atenção psicossocial que são citadas neste manual.

Para melhor se compreender e ilustrar a hierarquia entre as normas jurídicas de um ordenamento parcial (que pode ser a União, ou um estado, ou distrito, ou um município), apresentaremos, na sequência, as **normas jurídicas federais**, ou seja, aquelas produzidas pela União, em função de sua **hierarquia**, numa **escala hierárquica descendente**, ou seja, das mais importantes para as de menor importância.

a) Normas constitucionais:

Tratam da organização e estrutura do Estado e do governo, bem como prescrevem os direitos individuais e sociais que devem ser respeitados pelo Poder Público e pelas outras pessoas, prevendo para tal fim garantias para assegurá-los.

Por exemplo, **a Constituição Federal de 1988 é hierarquicamente superior a qualquer outra norma jurídica no país**, como por exemplo o Código Civil, que não pode ter nenhum dispositivo legal contrário à Constituição Federal, sob pena de ser ele considerado inválido, ou seja, inconstitucional.

As **emendas constitucionais** são todas as alterações feitas no texto original da Constituição Federal, depois de sua aprovação em 05 de outubro de 1988 e, por isso, uma vez aprovadas, tornam-se normas constitucionais.

Dito isto, fica mais fácil compreender a importância da **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**, aprovados por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Este processamento garantiu a ela **o mesmo status de emenda constitucional, e portanto, da própria Constituição Federal**.

³ Competência Normativa Concorrente ou vertical é aquela competência para legislar, atribuída a todos dos entes federativos (União, estados, Distrito Federal e Municípios), mas cada um exercendo funções distintas, ou seja, cabendo à União editar normas gerais e aos Estados e Distrito Federal, normas específicas sobre uma mesma matéria, mas obedecendo as normas mais gerais editadas pela União. Este tipo de hierarquia é importante para se compreender a competência das portarias ministeriais, por exemplo, para regular o funcionamento do Sistema Único de Saúde, como veremos a seguir neste texto.

⁴ A federação é a forma de organização do Estado Brasileiro, que objetiva garantir, ao mesmo tempo, a unidade nacional e as autonomias regionais (dos estados, do Distrito Federal e dos municípios). Na federação brasileira todos os chamados entes federativos (União, estados, Distrito Federal e Municípios) possuem Poder Legislativo e Poder Executivo. A União, os Estados e o Distrito Federal possuem, ainda, Poder Judiciário, já o município não.

b) Leis complementares:

Complementam a Constituição, particularizando e detalhando matéria que ela abordou apenas genericamente. A Constituição Federal de 1988, no seu art. 69, prevê que a lei complementar deve ser aprovada pela maioria absoluta de cada uma das Casas do Congresso. Essa exigência diferencia uma Lei Complementar (LC) de uma Lei Ordinária. Exemplos de Leis Complementares são a LC n. 142/2013, que regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, referente à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e a LC n. 146/2014, que estende a estabilidade provisória prevista na alínea *b* do inciso II do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) à trabalhadora gestante, nos casos de morte desta, a quem detiver a guarda de seu filho.

c) Leis ordinárias:

São as leis comuns, oriundas do Poder Legislativo no exercício de sua função primordial: legislar. Exemplos de leis ordinárias muito citadas neste manual são a Lei n. 10.216/2001, de reforma psiquiátrica, e a Lei n. 11.343/2006, que promulga mudanças importantes na política de drogas no país.

d) Leis Delegadas:

São aquelas produzidas pelo Poder Executivo mediante autorização do Poder Legislativo, chamada de “delegação de competência” (art. 68 da CF/88). Exemplo de Lei Delegada é a LD n. 13/1992, que fixa Gratificações de Atividade para os servidores civis do Poder Executivo, revê vantagens e dá outras providências

e) Medidas Provisórias

São normas editadas pelo Poder Executivo, com força de lei, em caso de relevância e urgência, mas que depois devem ser avaliadas pelo Congresso (art. 62 da CF/88).

f) Decretos Legislativos:

É o instrumento formal de que se vale o Congresso Nacional para praticar atos normativos internos de sua exclusiva competência.

g) Regulamento:

É um ato administrativo normativo, posto em vigência por Decreto, para especificar, explicar o conteúdo da lei ou prover situações que ainda não estejam disciplinadas por lei. O Regulamento do SUS é um exemplo desse tipo de norma jurídica.

h) Resoluções:

São atos vinculados à própria atividade do Congresso Nacional, independentes da sanção do Chefe do Executivo, tendo por base finalidades específicas do seu peculiar interesse. Podem também resultar da atividade de autoridades de alto grau do Executivo, dos presidentes de Tribunais e órgãos colegiados administrativos, disciplinando matéria de sua competência específica. Inferiores ao regulamento, as resoluções podem complementá-lo e explicá-lo.

Na área da saúde, as **resoluções do Conselho Nacional de Saúde**, a maior instância de controle social e participação da sociedade dentro do Sistema Único de Saúde - SUS (veja a seção [2.7] do segundo capítulo, sobre este tema), são importantes para regular algumas atividades dentro do sistema. Algumas destas resoluções são indicadas neste manual.

l) Normas jurídicas de hierarquia inferior ou atos normativos secundários:

– *Portarias:*

São atos administrativos ordinários internos a uma área de competência do governo, pelos quais os Ministros, Secretários, chefes de órgãos, repartições ou serviços expedem determinações gerais ou especiais a seus subordinados, sobre a organização e o funcionamento de serviço e praticam outros atos de sua competência.

É importante lembrar que o SUS é um sistema de saúde unificado e hierarquizado, e portanto, depois das leis e demais normas jurídicas superiores indicadas acima, **as portarias ministeriais e as resoluções do Conselho Nacional de Saúde têm também o poder de ditar a organização mais geral do SUS em todos os estados e municípios**. Neste sentido, as portarias ministeriais dos sistemas únicos de política social, tal como o SUS ou o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), têm uma Competência Normativa Concorrente ou vertical, como descrevemos na nota de rodapé n.º 4 acima, cabendo à União editar normas gerais, e aos Estados e Distrito Federal, bem como aos municípios, editar normas específicas sobre uma mesma matéria, mas obedecendo às portarias ministeriais.

O leitor vai constatar que **neste manual citamos inúmeras portarias**, pois é o tipo de norma jurídica mais utilizado pelo Ministério da Saúde para regular todo o SUS e as questões envolvendo o campo da saúde mental e da atenção psicossocial em geral. Um bom exemplo deste tipo de norma ministerial, indicada várias vezes neste manual, é a **Portaria n. 3.088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial**, com seus vários tipos de serviços para pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

– *Avisos:* são formas de comunicação, atos praticados por Ministros de Estado e que tratam de assuntos referentes aos seus respectivos Ministérios.

– *Circulares:* são instrumentos usados por autoridades para transmitir ordens internas uniformes a seus subordinados.

– *Decretos regulamentares ou de execução:* complementam a norma jurídica não auto-aplicável, descendo às minúcias, abordando os aspectos especiais necessários à aplicação prática da mesma. É um ato administrativo normativo que visa a explicar a lei e a facilitar a sua execução.

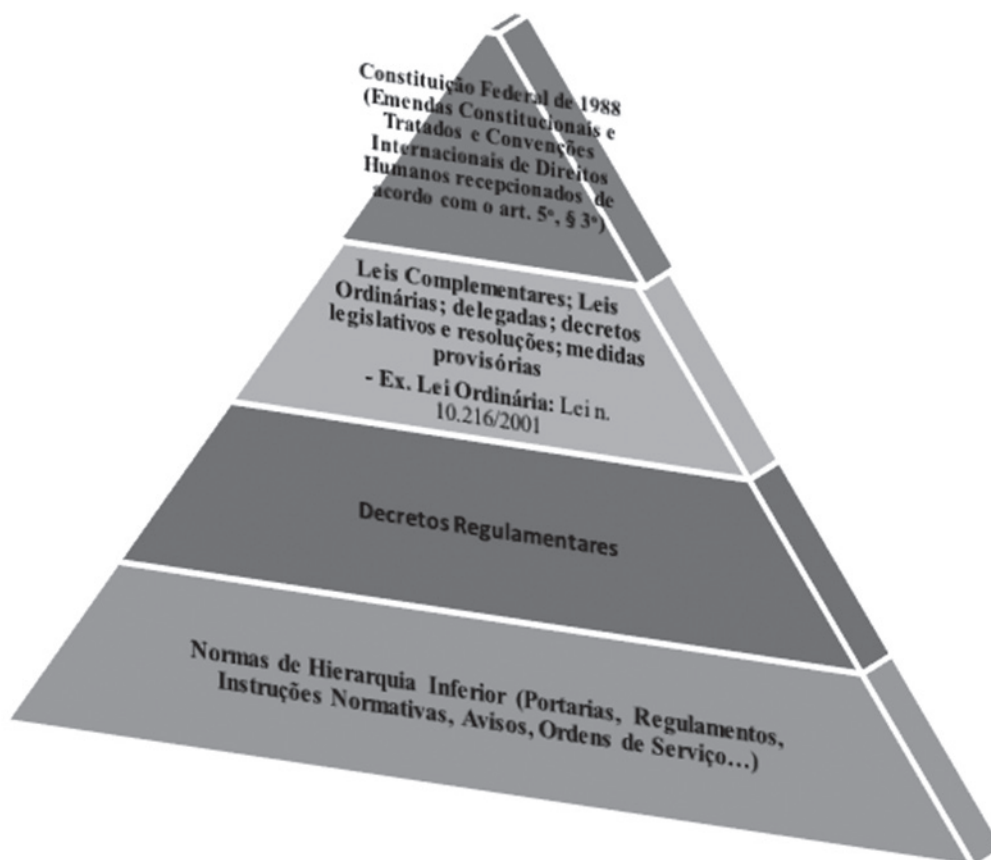
– *Instruções normativas:* **são, tradicionalmente, atos administrativos expedidos pelos Ministros de Estado para a execução das leis, decretos e regulamentos (art. 87, Parágrafo Único, II da CF/88). Outros órgãos superiores também podem expedir Instruções Normativas.**

– *Ordens de Serviço:* são determinações especiais voltadas para os responsáveis por obras ou serviços públicos autorizando seu início ou fixando regras a serem cumpridas para a realização da obra ou do serviço.

– *Regimentos:* são atos administrativos normativos internos, destinados a reger o funcionamento de órgãos colegiados e de corporações legislativas. Por ser ato regulamentar interno, o Regimento só obriga aquelas pessoas que devem executar o serviço ou realizar a atividade prevista regimentalmente. Um exemplo é o Regimento Interno do Senado Federal.

Uma boa forma de tentar ilustrar graficamente esta hierarquia das normas jurídicas em nosso país é projetá-las em uma **pirâmide**, como no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1: A hierarquia das normas jurídicas no Brasil



No Brasil atual, além de toda essa hierarquia descrita acima, cabe lembrar ainda que os titulares do Poder Executivo, ou seja, o Presidente da República, os governadores e os prefeitos, têm o poder de editar normas especiais, os decretos. São atos de natureza administrativa, normalmente usados para, entre outras coisas, fazer nomeações, regulamentar leis ou lhes dar cumprimento efetivo, sem porém ir contra ou além delas. Neste conjunto, estão:

a) *Decretos*: são atos administrativos destinados a prover situações gerais ou individuais, abstratamente previstas, de modo expresso ou implícito, na lei.

b) *Decretos Singulares*: são aqueles que podem conter regras individuais, singulares ou concretas, em relação a uma pessoa ou situação específica. Exemplos são os decretos de aposentadoria de servidores ou de desapropriação de um imóvel.

c) *Decretos Autônomos*: constituem uma inovação trazida pela Emenda Constitucional (EC) n. 32/2001, produzidos pelo Presidente da República, quando a questão envolver "organização e funcionamento da administração federal" e

não gerar aumento de despesa pública e nem criar ou extinguir órgãos públicos, de acordo com o art. 84, VI, da Constituição Federal de 1988. Os Decretos Autônomos estão previstos na Constituição Federal de 1988 e produzem efeitos semelhantes aos de uma lei ordinária.

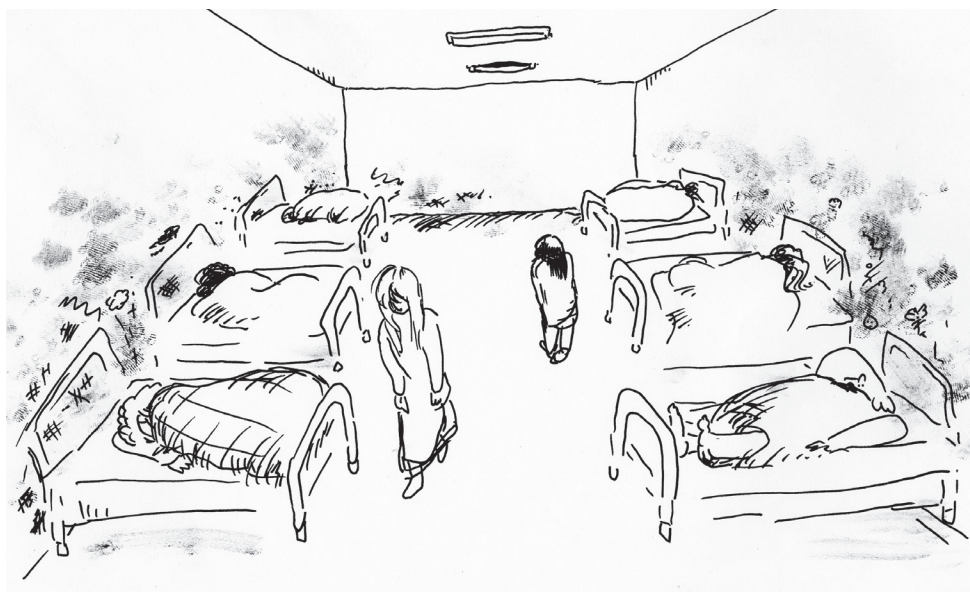
X X X

Chegamos então ao final deste texto de introdução ao mundo das normas jurídicas. Esperamos que ele possa ajudar o leitor a compreender melhor a natureza e os vários tipos de normas citadas neste manual, sua hierarquia e seu funcionamento dentro das políticas sociais em geral, e particularmente na atenção psicossocial, objeto deste manual. No entanto, temos a suspeita de que este texto pode ir um pouco mais além, como subsídio para a luta mais geral pelos direitos e deveres de todo o cidadão, na direção da conquista de uma cidadania mais plena.



CAPÍTULO 1

Direitos humanos, reforma psiquiátrica e atenção psicossocial: *os direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, e/ou de seus familiares*



Neste capítulo, vamos conversar sobre os direitos humanos e fundamentais da pessoa com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, e de seus familiares, em dois contextos:

- a) os direitos na *assistência psiquiátrica e na atenção psicossocial*: vamos comparar os serviços oferecidos pela *psiquiatria do tipo manicomial* com as mudanças provocadas pelo processo de **Reforma Psiquiátrica** e **luta antimanicomial** ; este é o tema da primeira seção deste capítulo;
- b) os direitos na *sociedade em geral, na família e nas relações interpessoais, contra as várias formas de abuso e violência*, tema desenvolvido na segunda e última seção deste capítulo.

Reforma Psiquiátrica: mudança na assistência em saúde mental, de instituições fechadas para serviços abertos na comunidade, perto da moradia das pessoas, que respeitem os direitos humanos. Está acontecendo em vários países a partir das décadas de 1970 e 1980, impulsionado por movimentos sociais de trabalhadores da saúde mental, de usuários e familiares, pelos governos locais e com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para facilitar a leitura deste manual, é importante lembrar do que indicamos na sua apresentação: teremos sempre trechos de documentos legais internacionais e brasileiros, associados ao que está sendo discutido no momento, e eles serão colocados na coluna sombreada à direita ou à esquerda. Os documentos utilizados em cada página estarão sempre indicados nas notas de rodapé. O número entre parêntesis no final de cada citação corresponde ao documento utilizado, e basta ir nas notas para saber a qual documento se refere. Como estamos no início do manual, e para se ter uma ideia do conjunto dos documentos citados neste capítulo, listamos todos eles na primeira nota abaixo¹, mas isso não será realizado nos demais capítulos.

Luta e movimento antimanicomial: são as lutas organizadas por trabalhadores, usuários de serviços de atenção psicossocial e seus familiares, para transformar a política e a assistência de saúde mental, buscando implementar a reforma psiquiátrica. Buscam também mudar as idéias, as práticas e a forma da sociedade de se relacionar com os processos subjetivos, com o transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, com ênfase na convivência, no respeito às diferenças, na liberdade e na autonomia crescente das pessoas envolvidas. No Brasil, o movimento antimanicomial foi fundado em 1987.

¹ Os documentos legais de referência deste capítulo estão todos listados abaixo. Os números entre parêntesis no final de cada citação, na coluna sombreada à direita e à esquerda, correspondem aos documentos listados abaixo, e em cada página seguinte, aqueles citados serão novamente indicados nas notas de rodapé:

- (1) Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1946, aprovada e assinada pelo Brasil.
- (2) *A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1991, também aprovada e assinada pelo Brasil. Contudo, esta carta ainda não foi discutida e assumida como norma constitucional ou infraconstitucional pelo Congresso Brasileiro.
- (3) *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências*, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada pelo Congresso Nacional brasileiro por meio do Decreto nº 186, de 09/07/2008, conforme o procedimento do parágrafo 3º do art. 5º da Constituição, e promulgado pela Presidência da República no Decreto 6.949, de 25/08/2009, elevando portanto o seu conteúdo ao valor de norma constitucional no país. Esta convenção amplia o conceito de deficiência, abrangendo várias modalidades, como a categoria de *deficiência* ou *disabilidade psicossocial*, visando incluir as pessoas com transtorno mental nos direitos ali reconhecidos.
- (4) *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 1988, ou seja, a lei maior que preside toda a ordem social brasileira. Na Constituição e na legislação nacional do país, os direitos humanos são denominados de direitos fundamentais.
- (5) *Lei Federal da Reforma Psiquiátrica*, nº 10.216, de 6 abril de 2001.
- (6) *Código Penal*, de 1941, que define os atos e omissões que constituem crime no país, bem como as penas aplicáveis aos seus autores.
- (7) *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*, de 1990, que estabelece os direitos da crianças e dos adolescentes em nosso país.
- (8) *Estatuto do Idoso*, de 2003, que define os direitos das pessoas com mais de 60 anos, no Brasil.
- (9) *Lei Federal Maria da Penha* (nº 11.340), de 2006, que define os atos e as punições no caso de violência contra a mulher.
- (10) *Convenção nº 111 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)*, de 1958, sobre a discriminação em matéria de emprego e profissão.
- (11) *Lei Federal nº 9.455*, de 1977, que define os crimes de tortura e suas penas.
- (12) *Cartilha sobre Assédio Moral e Sexual*, do Ministério do Trabalho, de 2010.

1.1) Os direitos fundamentais e suas violações: uma comparação entre a psiquiatria manicomial e a atenção psicossocial antimanicomial.

Até a década de 1970, em praticamente todos os países, as pessoas com transtorno mental eram tratadas pela psiquiatria tradicional, manicomial, segregando-as em instituições fechadas, nas quais perdiam praticamente todos os seus direitos fundamentais como pessoa humana. Antes de 1970, tivemos apenas algumas experiências muito inovadoras, que inspiraram os novos rumos atuais para a saúde mental.

A partir daquela década, foi iniciada a Reforma Psiquiátrica, visando oferecer uma assistência completamente diferente, que responda as necessidades integrais em saúde mental. Seu maior objetivo é buscar garantir os direitos humanos fundamentais das pessoas com transtorno e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, bem como de seus familiares, consagrados em vários documentos internacionais de direitos humanos, na Constituição Federal e na legislação nacional, cujos nomes estão indicados no pé de cada página desta manual.

Assim, é preciso primeiro **comparar as principais características típicas dos dois modelos de assistência, o da psiquiatria tradicional e o da Reforma Psiquiátrica, e a relação deles com os direitos humanos**. Antes disso, porém, é preciso fazer duas observações.

A primeira é de que a reforma psiquiátrica é uma luta e um processo de transformação política e administrativa gradual, em andamento, que se traduz em políticas públicas, leis, portarias e normas, e na base da sociedade, em serviços e práticas profissionais. Portanto, ainda hoje temos pouquíssimos serviços que encarnam todas as características do modelo tradicional, e do outro lado, existem poucos que consigam garantir todos os direitos do novo modelo.

A segunda observação é de que, neste primeiro capítulo da manual, são apresentados apenas características e direitos fundamentais. Os detalhes de cada um dos direitos serão mostrados nos demais capítulos desta manual.

Dito isto, podemos então comparar os dois modelos:

✓ “Art 1/2: Todas as pessoas com transtorno mental ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.”⁽²⁾

A psiquiatria tradicional (manicomial)

1) A pessoa com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas é internada em hospital psiquiátrico fechado, como um prisioneiro, longe de sua casa, perdendo vários de seus direitos, como o de conviver com seus familiares e amigos, sua liberdade de ir e vir, a posse de seus documentos e seus bens pessoais.

A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial

1) *A pessoa é tratada como um cidadão, em serviço comunitário aberto, perto de sua casa, mantendo todos os seus direitos, como o de conviver com seus familiares e amigos, sua liberdade de ir e vir, a posse de seus documentos e seus bens pessoais: a liberdade é a melhor terapia!*

² A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU.

A psiquiatria tradicional (manicomial)**A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial**

- ✓ Art. 3º: “Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”.
- Art. 9: “Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado.” (1)
- ✓ Art. 1/5: “Toda pessoa com transtornos mentais terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem.”
- Art. 7/1: “Todo pessoa com transtorno mental terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.”
- Art 7/2: “Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.” (2)
- ✓ Art 14/1: “Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas: a) gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; b) não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.” (3)
- ✓ Art. 5: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. (4)
- ✓ Art 2/ Parágr. único: “São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: 9) ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.” (5)



2) A internação involuntária, contra a vontade da pessoa, muitas vezes à força, é a forma mais comum de admissão nestas instituições fechadas, muitas vezes sem preocupação com o tempo de internação.

2) A internação involuntária só é utilizada em último recurso, nas crises, quando existe risco para a própria pessoa ou para os outros. Deve ser realizada no serviço comunitário já conhecido da pessoa, que tem alguns leitos, ou em hospitais gerais. Sua duração é o mínimo possível, apenas o bastante para que ela se recupere ou saia da crise, garantindo todas as salvaguardas para a defesa dos direitos do usuário.

- ✓ Art 12/4: “Os Estados Partes assegurarão que todas as medidas relativas ao exercício da capacidade legal incluam salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos, em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos. Essas salvaguardas assegurarão que as medidas relativas ao exercício da capacidade legal respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida, sejam proporcionais e apropriadas às circunstâncias da pessoa, se apliquem pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente e imparcial. As salvaguardas serão proporcionais ao grau em que tais medidas afetarem os direitos e interesses da pessoa.” (3)

(1) Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1946.

(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 1991.

(3) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada como Decreto no 186, de 09/07/2008.

(4) Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

(5) Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, de n.º 10.216, de abril de 2001.

A psiquiatria tradicional (manicomial)**A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial**

3) O tratamento pode durar anos, sem contato com o mundo externo, sempre com a mesma rotina e ausência de atividades úteis, em um tempo de eterna repetição; assim, a pessoa vai perdendo a noção do tempo e da realidade, a perspectiva de um futuro melhor e a motivação para viver.

3) *A participação nos serviços comunitários é livre, pelo tempo necessário, com atividades variadas, de acordo com as preferências e aptidões de cada um, buscando o desenvolvimento de habilidades expressivas e úteis e a reabilitação para um futuro melhor.*

- ✓ Art 26/1: “Os Estados Partes tomarão medidas efetivas e apropriadas, inclusive mediante apoio dos pares, para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Para tanto, os Estados Partes organizarão, fortalecerão e ampliarão serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais [...]” (3)

4) A abordagem principal é médica. Os demais profissionais geralmente são apenas auxiliares e estão subordinados institucionalmente aos psiquiatras.

4) *Existe uma equipe com vários tipos de profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. O funcionamento democrático é um valor importante, com reuniões de toda a equipe e assembleias regulares. Cada pessoa, seus familiares e o projeto terapêutico são vistos por várias perspectivas, para abordar as diversas dimensões da vida e da pessoa.*

5) O tratamento inclui o uso regular e muitas vezes indiscriminado e punitivo de métodos invasivos e violentos, com muitos riscos e efeitos colaterais de longo prazo, com sérias implicações éticas. Exemplos: a **esterilização**, o **eletrochoque (ECT)**, os **comas medicamentosos artificiais**, as **psicocirurgias** e as celas solitárias, onde as pessoas ficavam isoladas, às vezes no escuro, por muitos dias ou semanas.

5) *Nos novos serviços abertos, há um variado leque de recursos terapêuticos não invasivos, de adesão voluntária, utilizando principalmente a expressão pela palavra, pela arte, cultura, artesanato e trabalho, esportes, lazer e sociabilidade.*

- ✓ Art. 5: “Ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante.” (1)
- ✓ Art. 1/2: “Todas as pessoas com problemas mentais, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e contra tratamento degradante.”
Art. 9/1: “Toda pessoa com transtorno mental terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.” (2)
- ✓ Art 15: “1. Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes [...]. 2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.”
Art 16/1: “Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas de natureza legislativa, administrativa, social, educacional e outras para proteger as pessoas com deficiência, tanto dentro como fora do lar, contra todas as formas de exploração, violência e abuso [...]” (3)
- ✓ Art 2/ Parágr. único: “São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: [...] 8) ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.” (5)

(1) Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1946.

(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 1991.

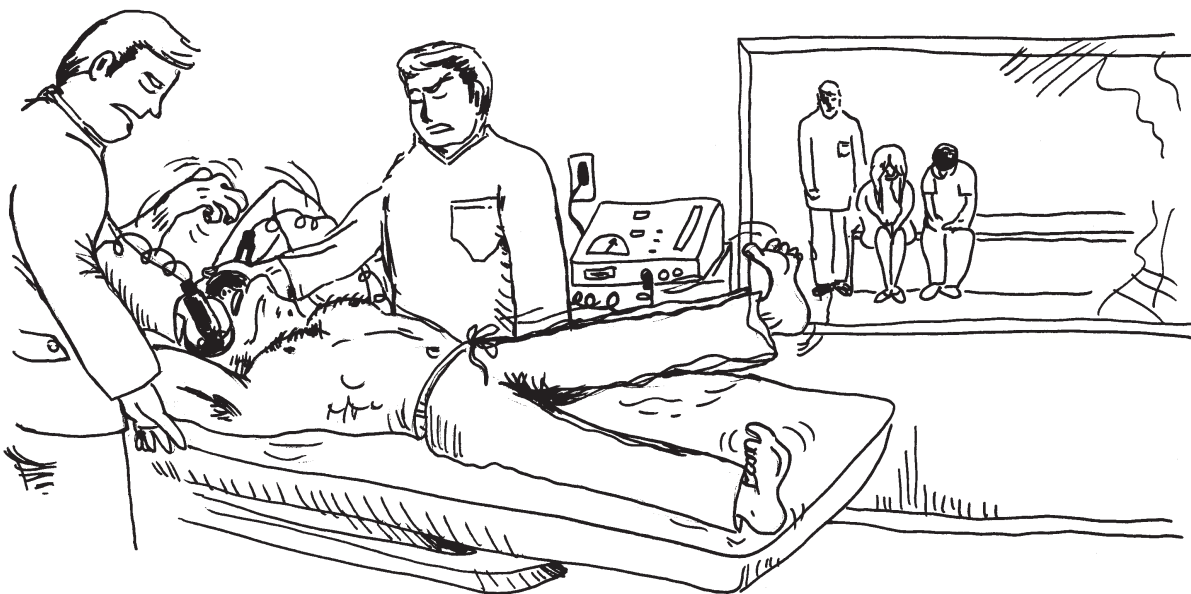
(3) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada como Decreto no 186, de 09/07/2008.

(5) Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, de n.o 10.216, de abril de 2001.

A psiquiatria tradicional (manicomial)**A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial**

Esterilização: Intervenção cirúrgica nos órgãos sexuais, para impossibilitar animais ou pessoas de terem filhos. Em psiquiatria, foi utilizada nos Estados Unidos, na Alemanha nazista e em alguns países europeus até a década de 1960.

Eletrochoque ou eletroconvulsoterapia (ECT): aplicação de corrente elétrica fortíssima (alta voltagem) na cabeça da pessoa, provocando reorganização nas atividades cerebrais, convulsões musculares e perda imediata da consciência, bem como de memória, efeito às vezes de longo prazo. Na psiquiatria convencional, era utilizado de forma indiscriminada e sem os devidos cuidados. Atualmente, vem sendo reabilitado, com uso mais cuidadoso, mas ainda constitui tema muito discutido e polêmico.



Comas medicamentosos artificiais: injeção de insulina (usada no tratamento de diabéticos), ou de atropina, gerando um coma artificial, com o objetivo de diminuir sintomas psiquiátricos, mas com riscos elevados (perda intelectual, problemas de saúde e às vezes até a morte).

Psicocirurgias: destruição de regiões cerebrais específicas (por ex.: a lobotomia) ou suas conexões, provocando modificações comportamentais irreversíveis e muitas vezes imprevisíveis.

A psiquiatria tradicional (manicomial)

6) Não há projetos terapêuticos singulares que abordem as diversas dimensões da pessoa. Os sintomas individuais e o seu sentido próprio são ignorados ou servem apenas para o diagnóstico; o objetivo principal é calar o sujeito e sua linguagem através dos sintomas. A medicação tende a ser excessiva ou forte demais, geralmente repetida ao longo dos anos, sem avaliação cuidadosa da dosagem e dos muitos efeitos colaterais. O padrão mais comum é deixar a pessoa passiva, quieta, “sem dar trabalho” para os responsáveis pela instituição.

A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial

6) Há uma avaliação cuidadosa levando em conta as diversas dimensões da vida de cada pessoa, com montagem de Projeto Terapêutico Singular, com participação do usuário e familiares. O sintoma é visto como linguagem e como produção de uma pessoa-sujeito, que precisam ser compreendidos e que orientam a direção do cuidado e tratamento. Há conversas individuais e grupos de discussão regulares para revisão da medicação, com escuta sensível às queixas dos usuários e familiares sobre os resultados e efeitos colaterais.

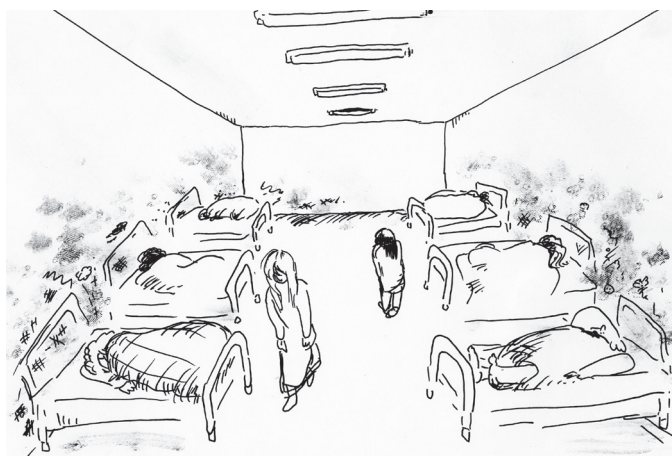
✓ Art. 8/2: “Toda pessoa com transtorno mental será protegido de danos, inclusive medicação não justificada.”

Art 9/2: “O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o usuário, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.”

Art 10/1: “A medicação deverá atender da melhor maneira possível as necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca como punição ou para a conveniência de outros.” (2)

7) Não há qualquer preocupação em garantir a privacidade e a individualidade das pessoas. Não há roupas próprias (só uniformes) ou qualquer forma de propriedade pessoal, e nem armários para guardá-los. Não há quartos individuais, os dormitórios são coletivos, com camas muito próximas. Os banheiros não possuem portas, e não há espelhos. A rotina do dia é igual para todos, sem arranjos individuais. O corpo fica sujeito à exposição e invasão dos espaços e rituais pessoais; não se escolhe as pessoas com quem se é obrigado a viver; é constante a contaminação por presença muito próxima dos demais internos. Os problemas transmissíveis de saúde, como o piolho e doenças de pele, atingem a todos.

7) A privacidade, os bens pessoais e os espaços que os garantem constituem um valor fundamental nos novos serviços; os banheiros têm portas e espelhos, e quando há dormitórios, devem permitir a individualização, com no máximo 3 ou 4 pessoas por quarto.



(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 1991.

A psiquiatria tradicional (manicomial)**A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial**

- ✓ Art. 8/2: “Toda pessoa com transtorno mental será protegido de danos [e] [...] de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.”
Art.13/1/b: “Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em sua [...] privacidade.” (2)
- ✓ Art 22/1: “Nenhuma pessoa com deficiência, qualquer que seja seu local de residência ou tipo de moradia, estará sujeita a interferência arbitrária ou ilegal em sua privacidade, família, lar, correspondência ou outros tipos de comunicação, nem a ataques ilícitos à sua honra e reputação. As pessoas com deficiência têm o direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.” (3)
- ✓ Art 10: “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.” (4)

8) O direito a ter visitas e aos meios de comunicação e informação nem sempre é assegurado: não é garantido ter correspondência, acesso a telefone, Internet e demais meios. Muitas vezes, existe apenas uma TV coletiva para todos.

8) Os serviços abertos têm como princípio garantir o acesso a visitantes a todos os usuários, e assegurar-lhes o direito a todo tipo de informação e a todos os meios de comunicação, sem censura, inclusive à capacitação para o melhor uso dos mesmos tanto pelos próprios usuários como a seus familiares.

- ✓ Art 19: “Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e idéias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.” (1)
- ✓ Art.13/1/c: “Toda pessoa em um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em sua [...] liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão.” (2)
- ✓ Art 9/1: “A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural.” (3)
- ✓ Art 2/Parágr. único: “São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: [...] 6) ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis.” (5)

(1) Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1946.

(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 1991.

(3) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada como Decreto no 186, de 09/07/2008.

(5) Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, de n.o 10.216, de abril de 2001.

A psiquiatria tradicional (manicomial)

9) O isolamento em instituições fechadas e separadas da vida social são produto e ao mesmo tempo reforçam a segregação e a discriminação das pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, bem como a perda de seus vínculos familiares e sociais.



10) Os asilos psiquiátricos são locais de troca social praticamente nula, em que as pessoas são tratadas como rebanho, estimulando relações massificadas, despersonalizadas e sem circulação de afeto entre os internos e com os trabalhadores e profissionais, bem como com as poucas pessoas da comunidade que têm acesso ao mundo interno da instituição.

11) Nas instituições manicomiais, os ambientes são separados entre homens e mulheres, e a vida amorosa e a sexualidade são ignoradas ou proibidas, consideradas como um tabu, estimulando relações não consentidas e o sexo inseguro.

A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial

9) *Os serviços abertos estimulam a reinserção das pessoas na vida social e na família, fortalecendo seus vínculos com as redes sociais, bem como lutam contra a segregação e discriminação difusa na sociedade.*

Obs.: Para uma abordagem da discriminação na sociedade em geral, ver segunda seção deste capítulo.

- ✓ Art.1: “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.” (5)

10) *Os serviços de atenção psicossocial buscam criar um ambiente acolhedor e valorizador do afeto, estimulando uma atitude e disposição sensível e respeitosa na relação dos trabalhadores com os usuários e seus familiares, e com a comunidade externa.*

11) *Nos serviços abertos para adultos, as relações entre homens e mulheres são livres, estimulando-se a responsabilidade no cultivo de relações amorosas e na vivência da sexualidade, colocando à disposição das pessoas os recursos e a orientação para um sexo seguro.*

- ✓ Art 23/1: “Os Estados Partes tomarão medidas efetivas e apropriadas para eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência, em todos os aspectos relativos a casamento, família, paternidade e relacionamentos, em igualdade de condições com as demais pessoas, de modo a assegurar que: a) seja reconhecido o direito das pessoas com deficiência, em idade de contrair matrimônio, de casar-se e estabelecer família, com base no livre e pleno consentimento dos pretendentes; b) sejam reconhecidos os direitos das pessoas com deficiência de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos e o espaçamento entre esses filhos e de ter acesso a informações adequadas à idade e a educação em matéria de reprodução e de planejamento familiar, bem como os meios necessários para exercer esses direitos.” (3)

⁽³⁾ Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada como Decreto no 186, de 09/07/2008.

⁽⁵⁾ Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, de n.o 10.216, de abril de 2001.

A psiquiatria tradicional (manicomial)**A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial**

12) Nos hospitais fechados, a tendência é a família deixar de visitar, pela distância da moradia, por não serem valorizados ou pela ausência de perspectiva de mudança. Quando há visitas, a voz dos familiares geralmente não é escutada. Muitas vezes, o próprio hospital perde os documentos e o contato com a família, gerando um vasto grupo de pessoas indigentes, sem documentos e vínculos pessoais, conhecidos apenas pelo primeiro nome ou apelido.

12) Os serviços têm como um dos objetivos centrais fortalecer o vínculo com seus familiares, ou para construir novos vínculos deste tipo, em serviços residenciais. Os familiares são vistos como parceiros do cuidado, e têm oportunidades para perguntar, tirar dúvidas, receber orientação, expressar opiniões, trocar experiências com outros familiares, e para participar do projeto terapêutico e da organização do serviço e da assistência.

- ✓ Art 7/2: “Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, a pessoa com transtorno terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.” (2)

13) Nos serviços fechados, não há qualquer preocupação em reconhecer nas pessoas internadas:

- a cultura própria de seus grupos de origem;
- os seus valores religiosos;
- as várias identidades sexuais;
- as dimensões e relações opressivas de etnia/raça e de gênero (aquelas associadas às características masculinas e femininas nas pessoas e nas relações sociais);

Em geral, não há promoção de eventos culturais e folclóricos que lembrem essas questões durante o ano.

13) Há uma preocupação em reconhecer e dialogar com a cultura popular, religiosidade e diferentes identidades sexuais, bem como em identificar os aspectos e combater as relações opressivas de gênero e etnia/raça vividos pelos usuários. Procura-se também reconhecer suas repercussões nos processos subjetivos e na saúde mental. Os serviços são chamados a promover eventos culturais e folclóricos associados a essas questões durante o ano.

- ✓ Artigo II-1: “Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.” (1)
- ✓ Art 7/3: “Toda pessoa com transtorno terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.” (2)
- ✓ Art. 3: “Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.”
Art 5-I: “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição.”
Art 5-VI: “É inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias.”
Art 5-VII - “É assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva.” (4)

(1) Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1946.

(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 1991.

(4) Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

A psiquiatria tradicional (manicomial)

14) Não há preocupação em conhecer e desenvolver os gostos, preferências e as habilidades de cada pessoa, nem de promover atividades úteis ou construtivas de trabalho, ou de conquistar os benefícios sociais a que o interno tem direito. Às vezes, há trabalho, mas geralmente voltado para as obrigações de manutenção da instituição, muitas vezes involuntário ou forçado, e sem remuneração.

A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial

14) O projeto terapêutico inclui frequentar diferentes oficinas, para se descobrir e desenvolver os gostos, preferências e as habilidades pessoais. Devem ser criados projetos de trabalho e renda adequados para o campo da saúde mental, como trabalho protegido, cooperativas, empresas sociais, etc. A associação de atividades úteis, benefícios sociais, trabalho e renda aumenta a liberdade, a valorização e o poder contratual da pessoa com transtorno e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, na sociedade e na sua comunidade.

- ✓ Art. 23: “1) Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego. 2) Todo ser humano, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho. 3) Todo ser humano que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social.” (1)



- ✓ Art 13/2: “O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente: d) Instalações e estímulo para sua utilização, para o engajamento do usuário em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Estas medidas devem incluir orientação vocacional, treinamento profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho, para garantir que os usuários consigam e mantenham os vínculos de trabalho na comunidade.”

Art 13: “3) Em nenhuma circunstância a pessoa com transtorno mental será submetida a trabalhos forçados. Ela terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição. 4) O trabalho dos usuários em estabelecimentos de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário de acordo com a legislação ou o costume nacional. Tais usuários deverão, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.” (2)

(1) Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1946.

(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 1991.

A psiquiatria tradicional (manicomial)**A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial**

- ✓ Art 8/1: “Os Estados Partes se comprometem a adotar medidas imediatas, efetivas e apropriadas para: c) Promover a conscientização sobre as capacidades e contribuições das pessoas com deficiência. 2. As medidas para esse fim incluem: a) Lançar e dar continuidade a efetivas campanhas de conscientização públicas, destinadas a: iii) Promover o reconhecimento das habilidades, dos méritos e das capacidades das pessoas com deficiência e de sua contribuição ao local de trabalho e ao mercado laboral.”
- Art 16/4: “Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para promover a recuperação física, cognitiva e psicológica, inclusive mediante a provisão de serviços de proteção, a reabilitação e a reinserção social de pessoas com deficiência que forem vítimas de qualquer forma de exploração, violência ou abuso. Tais recuperação e reinserção ocorrerão em ambientes que promovam a saúde, o bem-estar, o auto-respeito, a dignidade e a autonomia da pessoa e levem em consideração as necessidades de gênero e idade.”
- Art 27/1: “Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência ao trabalho, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Esse direito abrange o direito à oportunidade de se manter com um trabalho de sua livre escolha ou aceitação no mercado laboral, em ambiente de trabalho que seja aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência. Os Estados Partes salvaguardarão e promoverão a realização do direito ao trabalho, inclusive daqueles que tiverem adquirido uma deficiência no emprego, adotando medidas apropriadas, incluídas na legislação, com o fim de, entre outros: a) proibir a discriminação baseada na deficiência com respeito a todas as questões relacionadas com as formas de emprego, inclusive condições de recrutamento, contratação e admissão, permanência no emprego, ascensão profissional e condições seguras e salubres de trabalho; b) proteger os direitos das pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais pessoas, às condições justas e favoráveis de trabalho, incluindo iguais oportunidades e igual remuneração por trabalho de igual valor, condições seguras e salubres de trabalho, além de reparação de injustiças e proteção contra o assédio no trabalho.” (3)
- ✓ Art 2/Parágr. único: “São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: 3) ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração.” (5)

15) Não há estímulo à participação ou promoção direta de oportunidades de educação, arte, cultura, lazer, esporte e sociabilidade.

15) A produção direta ou o estímulo à participação em projetos de alfabetização e de ensino público são promovidos. Também se cria oficinas ou se estimula a participação em atividades artísticas, culturais, de lazer, esporte e sociabilidade nos próprios serviços e na cidade.

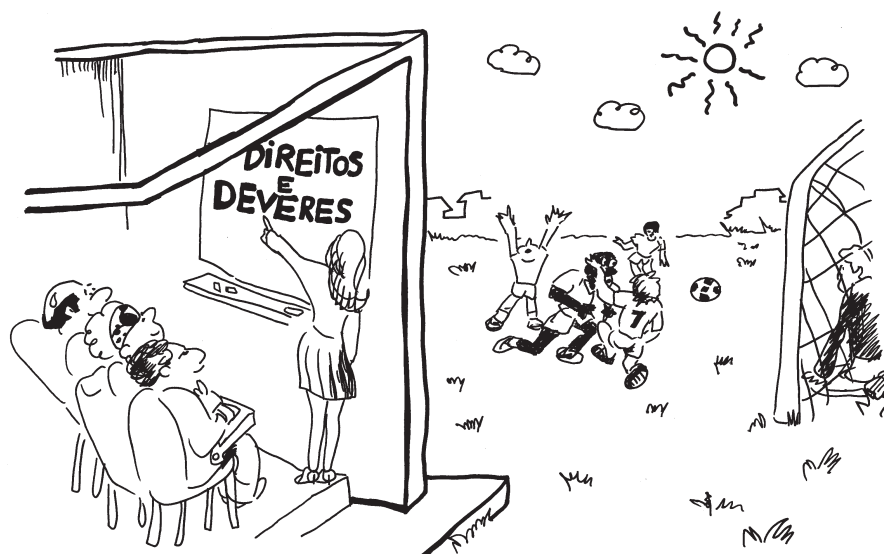
- ✓ Art 26: “Todo ser humano tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória. A instrução técnico-profissional será acessível a todos, bem como a instrução superior, esta baseada no mérito.”
- Art 27: “Todo ser humano tem o direito de participar livremente da vida cultural da comunidade, de fruir das artes e de participar do progresso científico e de seus benefícios.” (1)
- ✓ Art 13/2: “O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente: a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer; b) Instalações educacionais; c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação.” (2)

(1) Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1946.

(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 1991.

(3) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada como Decreto no 186, de 09/07/2008.

(5) Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, de n.º 10.216, de abril de 2001.

A psiquiatria tradicional (manicomial)**A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial**

✓ Art 24: “1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência à educação. Para efetivar esse direito sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, os Estados Partes assegurarão sistema educacional inclusivo em todos os níveis, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida, com os seguintes objetivos: b) o máximo desenvolvimento possível da personalidade e dos talentos e da criatividade das pessoas com deficiência, assim como de suas habilidades físicas e intelectuais.”

“2. Para a realização desse direito, os Estados Partes assegurarão que: a) as pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional geral sob alegação de deficiência e que as crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino primário gratuito e compulsório ou do ensino secundário, sob alegação de deficiência; b) as pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino primário inclusivo, de qualidade e gratuito, e ao ensino secundário, em igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem; d) as pessoas com deficiência recebam o apoio necessário, no âmbito do sistema educacional geral, com vistas a facilitar sua efetiva educação; e) medidas de apoio individualizadas e efetivas sejam adotadas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena.”

“5. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino superior em geral, treinamento profissional de acordo com sua vocação, educação para adultos e formação continuada, sem discriminação e em igualdade de condições.”

Art 30/1: “Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência de participar na vida cultural, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e tomarão todas as medidas apropriadas para que as pessoas com deficiência possam: a) ter acesso a bens culturais em formatos acessíveis; b) ter acesso a programas de televisão, cinema, teatro e outras atividades culturais, em formatos acessíveis; e c) ter acesso a locais que ofereçam serviços ou eventos culturais, tais como teatros, museus, cinemas, bibliotecas e serviços turísticos, bem como, tanto quanto possível, ter acesso a monumentos e locais de importância cultural nacional.”

Art 30/5/b: “b) assegurar que as pessoas com deficiência tenham a oportunidade de organizar, desenvolver e participar em atividades esportivas e recreativas específicas às deficiências e, para tanto, incentivar a provisão de instrução, treinamento e recursos adequados, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.” (3)

(3) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada como Decreto no 186, de 09/07/2008.

A psiquiatria tradicional (manicomial)

16) A vida nas instituições fechadas é imposta de cima, não há qualquer estímulo à participação, ou à manutenção ou recuperação da autonomia das pessoas, nem à informação de seus direitos. Isso produz institucionalismo ou neurose institucional, conceitos que significam promover forte dependência, passividade, isolamento social, mortificação do eu, embotamento afetivo, empobrecimento existencial, perda de vitalidade e do sentido do tempo e da realidade.



A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial

16) O objetivo dos serviços é a recuperação da potência de vida, o exercício das aptidões de cada um, a informação e a defesa dos seus direitos, a autonomização e o empoderamento das pessoas. Busca-se, sem negar as eventuais limitações associadas ao transtorno, estimular a inserção pessoalizada, ativa e útil na sociedade, e o assumir dos deveres próprios da condição de usuário. Há mecanismos concretos para isso: participação no projeto terapêutico e nos serviços; assembleias, grupos de discussão de medicamentos, oficinas participativas, grupos de ajuda mútua, associações de usuários e familiares, atuação nos conselhos da política de saúde, nos movimentos sociais, em organizações não governamentais (ONGs) e partidos políticos, etc.

- ✓ Art 9/4: “O tratamento de cada pessoa deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal.”
- Art 12/1: “A pessoa em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informada, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, nas formas e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.” (2)
- ✓ Art 3: “Os princípios da presente Convenção são: a) o respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas; c) a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade.”

Art 13/1: “Os Estados Partes assegurarão o efetivo acesso das pessoas com deficiência à justiça, em igualdade de condições com as demais pessoas (...).”

Art 29: “Os Estados Partes garantirão às pessoas com deficiência direitos políticos e oportunidade de exercê-los em condições de igualdade com as demais pessoas, e deverão: a) assegurar que as pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na vida política e pública, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, diretamente ou por meio de representantes livremente escolhidos, incluindo o direito e a oportunidade de votarem e serem votadas (...); b) promover ativamente um ambiente em que as pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na condução das questões públicas, sem discriminação e em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e encorajar sua participação nas questões públicas, mediante: i) participação em organizações não-governamentais relacionadas com a vida pública e política do país, bem como em atividades e administração de partidos políticos; ii) formação de organizações para representar pessoas com deficiência em níveis internacional, regional, nacional e local, bem como a filiação de pessoas com deficiência a tais organizações.” (3)

- ✓ Art 2/Parágr. único: “São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: 2) 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. 7) receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.”

Art. 4/1: “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.”

Art. 5: “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.” (5)

(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 1991.

(3) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada como Decreto no 186, de 09/07/2008.

(5) Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, de n.º 10.216, de abril de 2001.

A psiquiatria tradicional (manicomial)**A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial**

17) As instituições manicomiais de longa permanência acabam virando campos de concentração: o futuro está barrado, sem qualquer perspectiva de melhora ou de saída. As instituições buscam apenas a sobrevivência física, mas com poucos recursos de saúde e higiene. **Quando não são maus tratos, a maioria dos internos acaba morrendo por doenças infecciosas e contagiosas.** Como indigentes sem família, os seus corpos muitas vezes são vendidos para escolas de medicina, para serem dissecados em cursos de anatomia.

17) *Os serviços de atenção psicossocial visam, junto com cada pessoa e seus familiares, reconstruir a perspectiva de habitar e circular na cidade e na sociedade com um todo, para um futuro melhor e mais solidário, de forma integrada com os demais recursos sociais, e com participação na vida comunitária, cultural, social e política da cidade e do país.*

Condenação do Brasil por violação dos direitos humanos de pessoa com transtorno mental internada:

Em 2006, o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, pela exposição de Damião Ximenes Lopes a maus tratos e condições desumanas e degradantes, levando-o à morte após apenas 3 dias de internação psiquiátrica, em outubro de 1999. Isso ocorreu na Casa de Repouso Guararapes, conveniada com o Sistema Único de Saúde, em Sobral, Ceará. O caso permaneceu sem investigação e punição, até a denúncia da irmã de Damião na Corte. Esta reconheceu a responsabilidade do Estado brasileiro por violação aos direitos da vida e à integridade pessoal de Damião, condenando-o ao pagamento de indenização aos seus familiares.

- ✓ Art 19: “Os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que: a) as pessoas com deficiência possam escolher seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia; b) as pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade.” (3)

⁽³⁾ Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada como Decreto no 186, de 09/07/2008.

A psiquiatria tradicional (manicomial)**A reforma psiquiátrica e o modelo antimanicomial**

18) Além de todos estes efeitos perversos, os manicômios tendem a concentrar todos os recursos financeiros da assistência em um único local, deixando vastas regiões sem qualquer cuidado em saúde mental. Para as pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, isso gera desassistência, negligência, e às vezes, o aprisionamento nas próprias casas (**cárcere privado**) ou vida nas ruas, pela falta de qualquer alternativa de tratamento.

18) Na reforma psiquiátrica, os recursos são descentralizados, com serviços de saúde mental de vários tipos em cada município do país, acessíveis e de forma integrada com toda a rede pública e gratuita de atenção à saúde, educação, assistência e outras políticas sociais, para garantir o melhor cuidado integral para todos.

- ✓ Art 21/2: “Todo ser humano tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país.”
Art. 25: “ Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.” (1)
- ✓ Art 1/1: “Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.”
Art 8/1: “Toda pessoa com transtorno mental terá o direito de receber cuidados sociais e de saúde apropriados às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas com problemas de saúde.” (2)
- ✓ Art 25: “Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. Em especial, os Estados Partes: a) oferecerão às pessoas com deficiência programas e atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral.”
Art 28: “1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência a um padrão adequado de vida para si e para suas famílias, inclusive alimentação, vestuário e moradia adequados, bem como à melhoria contínua de suas condições de vida, e tomarão as providências necessárias para salvaguardar e promover a realização desse direito sem discriminação baseada na deficiência.”
2. “Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência à proteção social e ao exercício desse direito sem discriminação baseada na deficiência, e tomarão as medidas apropriadas para salvaguardar e promover a realização desse direito, tais como: a) assegurar igual acesso de pessoas com deficiência a serviços de saneamento básico e assegurar o acesso aos serviços, dispositivos e outros atendimentos apropriados para as necessidades relacionadas com a deficiência; b) assegurar o acesso de pessoas com deficiência, particularmente mulheres, crianças e idosos com deficiência, a programas de proteção social e de redução da pobreza; c) assegurar o acesso de pessoas com deficiência e suas famílias em situação de pobreza à assistência do Estado em relação a seus gastos ocasionados pela deficiência, inclusive treinamento adequado, aconselhamento, ajuda financeira e cuidados de repouso; d) assegurar o acesso de pessoas com deficiência a programas habitacionais públicos; e) assegurar igual acesso de pessoas com deficiência a programas e benefícios de aposentadoria.” (3)
- ✓ Art. 148: “Privar alguém de sua liberdade, mediante seqüestro ou cárcere privado:
Pena - reclusão, de um a três anos.
§1º - A pena é de reclusão, de dois a cinco anos:
I - se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge ou companheiro do agente ou maior de 60 (sessenta) anos;
II - se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital;
III - se a privação da liberdade dura mais de 15 (quinze) dias.
IV - se o crime é praticado contra menor de 18 (dezoito) anos;
V - se o crime é praticado com fins libidinosos.
§ 2º - Se resulta à vítima, em razão de maus-tratos ou da natureza da detenção, grave sofrimento físico ou moral:
Pena - reclusão, de dois a oito anos.” (6)

Cárcere privado: recurso eventual adotado por famílias quando não existem serviços nem orientação adequada na região, em que a pessoa fica trancada em um cômodo separado da casa, ou às vezes até mesmo acorrentada, impedindo sua circulação na comunidade (ver mais detalhes na segunda parte deste capítulo).

(1) Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1946.

(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU, de 1991.

(3) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, aprovada como Decreto no 186, de 09/07/2008.

(6) Código Penal, de 1941.

Na medida em que o processo de reforma psiquiátrica avança, **as instituições psiquiátricas do tipo manicomial vão sendo fechadas, substituídas por serviços abertos na comunidade**. Outra possibilidade é terem as suas características ou procedimentos mais problemáticos abrandados, e procurarem dar a aparência de que agora respeitam integralmente os direitos humanos. Na verdade, os hospitais fechados sempre mantêm muitos dos seus traços segregadores e autoritários. Daí, a diretriz da reforma psiquiátrica de substituir todos os serviços do tipo manicomial.

O fechamento do maior hospital psiquiátrico particular da América Latina: A Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, no Estado do Rio de Janeiro, foi finalmente fechada em março de 2012, depois de um longo processo de intervenção executada pelo Ministério da Saúde e pela Justiça. O hospital foi criado em 1962, e chegou a ter seus cerca de 1.600 leitos preenchidos com pacientes de longa permanência, todos eles financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Uma visita oficial ao hospital em 2.000 encontrou sujeira, ratos, esgoto a céu aberto, e os pacientes apáticos, deitados nus no chão frio em pátios fechados, onde eram confinados, alguns há mais de 30 anos, sem prontuário (registro da história pessoal, diagnóstico, evolução e projeto terapêutico), o que determinou a intervenção. Gradualmente, os internos foram transferidos principalmente para serviços residenciais terapêuticos nas cidades de origem, onde estão sendo acompanhados durante o dia nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Vários hospitais psiquiátricos deste tipo vem sendo fechados no Brasil da mesma forma, dentro do processo de reforma psiquiátrica, como em Camarajipe (PE), quando o Hospital José Alberto Maia fechou as suas portas definitivamente em dezembro de 2010.

O avanço da reforma psiquiátrica depende de muitos fatores, principalmente da vontade política no governo federal, e nos estados e municípios. Porém, a mobilização e as lutas dos trabalhadores, usuários e familiares do campo da saúde e saúde mental representam o ingrediente mais importante para “empurrar” os governos para implementarem a reforma.

No último capítulo deste manual, vamos discutir as várias estratégias e meios para avançar e defender os direitos dos usuários e familiares, tanto do ponto de vista individual e local, como também coletivo e nos vários níveis da sociedade.

1.2) Os direitos humanos fundamentais na vida em família, na comunidade e na sociedade em geral, contra as várias formas de abuso e violência

Na seção anterior, tratamos dos direitos humanos fundamentais diretamente no campo da política e da assistência em saúde mental e drogas, um objetivo central na reforma psiquiátrica e na luta antimanicomial. Vamos agora ampliar a nossa atenção para os **direitos na vida social em geral, na família, na comunidade, na sociedade e nas instituições**. Este foco também **é muito importante nos objetivos do movimento antimanicomial**: identificar, denunciar e tentar evitar toda e qualquer forma de desrespeito aos direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas na sociedade, particularmente os diversos tipos de **abuso e a violência**. Elas podem ocorrer em diferentes lugares e ser praticada por vários tipos de pessoas e instituições, nas relações interpessoais, na família, nos grupos, coletivos, e também de forma difusa e invisível na sociedade como um todo.

Nesta seção, trataremos apenas das violações, formas de abuso e violência. Na medida do possível, e apenas para fins didáticos, preferimos apresentar cada tipo de abuso e violência separadamente, em uma escala aproximada e crescente de gravidade ou de complexidade. Na realidade, porém, esses vários tipos tendem a acontecer de forma associada, combinando-se entre si. Em cada subseção, as principais combinações estão indicadas.

1.2.1) A discriminação:

Na vida social, as instituições, os meios de comunicação e a linguagem difundem imagens, valores, ideias e formas de sentir, pensar e agir sobre o que deve ser considerado normal e positivo nas pessoas, bem como o que deve ser considerado anormal, estranho e negativo. Em relação às pessoas com alguma forma de deficiência, diferença existencial, transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de drogas, isso gera formas diferenciadas de **discriminação**.

Há formas sutis, como na linguagem, tendo por exemplo as expressões para se referir à pessoa com transtorno ou usuária recorrente de drogas, como: "doido", "louco", "maluco", "paciente", "bêbado", "cachaceiro", "cracudo", etc. Como estas formas são frequentes e consideradas naturais, muitas vezes são mais difíceis de se identificar e denunciar. Contudo, sempre fazem muito mal, pois elas atingem profundamente as pessoas, que tendem a assimilar essa imagem negativa dentro de si mesmas, gerando baixa estima e uma identidade pessoal e social de menor valor.

Outras vezes, a discriminação é direta e mais visível, na vida comunitária. Um exemplo é quando os membros de uma comunidade proíbem que um morador do bairro, com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, frequente os locais públicos de convivência, como praças e parques, ou o contratam para fazer serviços pagando-o apenas com um prato de comida. Outras formas de discriminação são mais claras, diretas e até violentas, quando dificultam ou negam o acesso às instituições (como à escola e ao trabalho), e a outros direitos de cidadania. Estas formas mais graves e diretas são um pouco mais fáceis de se identificar e denunciar, gerando as lutas contra a discriminação e segregação nas instituições e na sociedade.

O movimento antimanicomial tem investido muito no Brasil em implementar formas positivas e criativas de luta contra a discriminação na sociedade. Uma das estratégias é mostrar as potencialidades artísticas, culturais, esportivas, sociais e de trabalho das pessoas com transtorno e seus familiares, estimulando projetos em que elas possam desenvolver estas potencialidades. Outra são os eventos públicos, como aqueles promovidos em torno do 18 de maio, dia da luta antimanicomial. E nos casos mais sérios de discriminação, o movimento faz denúncias e reivindica a sua apuração e reparação, bem como mecanismos eficazes de impedir que aconteçam novamente. O último capítulo desta manual indica estratégias e instituições responsáveis por esta defesa de direitos.



- ✓ Art. 1/3: “Não haverá discriminação sob alegação de transtorno mental. “Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas mentais não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa com problemas mentais ou de outros indivíduos”. (2)
- ✓ Art 2: “Discriminação por motivo de deficiência” significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável.”
Art 3: “Os princípios da presente Convenção são: b) a não-discriminação; d) o respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) a igualdade de oportunidades.”
Art 4/1: “Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência. Para tanto, os Estados Partes se comprometem a: b) Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência; e) Tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação baseada em deficiência, por parte de qualquer pessoa, organização ou empresa privada.”
Art 5/2: “Os Estados Partes proibirão qualquer discriminação baseada na deficiência e garantirão às pessoas com deficiência igual e efetiva proteção legal contra a discriminação por qualquer motivo.” Art 8/1: “Os Estados Partes se comprometem a adotar medidas imediatas, efetivas e apropriadas para: b) combater estereótipos, preconceitos e práticas nocivas em relação a pessoas com deficiência, inclusive aqueles relacionados a sexo e idade, em todas as áreas da vida.” (3)
- ✓ Art. 1º (1): “Para os fins da presente Convenção, o termo “**discriminação**” compreende: a) Toda a distinção, exclusão ou preferência fundada na raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social, que tenha por efeito destruir ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento em matéria de emprego ou profissão”. (10)

1.2.2) A negligência:

Outra forma de abuso e violência, e que infelizmente ainda é também muito comum, é a **negligência**. Uma família, instituição ou alguém responsável por uma pessoa com transtorno ou com necessidades decorrentes do uso de drogas pode não responder às suas necessidades de proteção e cuidados básicos. Sabemos que isso depende das condições de vida e da assistência na área social e em saúde/saúde mental à disposição na região onde moram. Contudo, não esgotar todos os meios disponíveis para buscar um tratamento adequado ou para seguir as orientações discutidas nos serviços também pode ser uma negligência. Assim, evitar a negligência constitui um dever dos familiares e das instituições responsáveis, para garantir os direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas.

- ✓ “**Crime culposo** - [...] II - culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, **negligência** ou imperícia.” (6)
- ✓ – “Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de **negligência**, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.” (7)
- ✓ – “Art. 4º–Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de **negligência**, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.” (8)

(2) A Proteção de Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU

(3) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU

(6) Código Penal

(7) Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

(8) Estatuto do Idoso

(10) Convenção nº 111 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)

1.2.3) O abandono

Uma ação ainda mais violenta e grave que a negligência é o abandono, que no caso de pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, pode chegar ao que a lei chama de **abandono de incapaz**. Por exemplo, quando uma pessoa ou instituição responsável interna a pessoa em um serviço de atenção psicossocial, de forma voluntária, involuntária ou compulsória, e não vai buscá-la, após a alta, isso é abandono. Às vezes, o cuidador ou familiar dá endereço falso, ou se muda para outro bairro ou cidade, sem deixar o novo endereço, e isso também é abandono.

Na longa história da humanidade e também no Brasil, temos vários relatos de pessoas com transtorno que são enviadas e abandonadas em lugares despovoados ou cidades muito distantes de seu lugar de moradia, sem qualquer providência para lhes garantir sustento e assistência, aumentando os riscos inclusive de morte.



Ilustração da Idade Média, intitulada “**A Nau dos Insensatos**”, de 1494, mostrando um antigo procedimento de abandono das pessoas com transtorno mental: colocá-las em um barco e deixá-las à deriva, com todos os riscos que isso envolvia para elas. O autor, Sebastian Brant (1457-1521), um humanista alemão, escrevia textos e criava imagens com críticas às autoridades e aos costumes de sua época.

- ✓ **Abandono de incapaz:** Art. 133 - Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono: Pena - detenção, de seis meses a três anos.
 - § 1º - Se do abandono resulta lesão corporal de natureza grave: Pena - reclusão, de um a cinco anos.
 - § 2º - Se resulta a morte: Pena - reclusão, de quatro a doze anos;
 - § 3º - As penas cominadas neste artigo aumentam-se de um terço: I - se o abandono ocorre em lugar ermo; II - se o agente é ascendente ou descendente, cônjuge, irmão, tutor ou curador da vítima; III - se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos. (6)

(6) Código Penal

1.2.4) O furto e violência patrimonial

Uma terceira forma de violência é **usar indevidamente os benefícios sociais da pessoa com transtorno ou com necessidades decorrentes do uso de drogas**, o que em vários textos legais pode receber os nomes de **furto**, **furto qualificado** ou **de violência patrimonial**. Em um dos capítulos seguintes, falaremos sobre os vários benefícios existentes, mas aqui podemos apenas citá-los. Os exemplos mais comuns dessa forma de violência é alguém se apropriar, sem o conhecimento ou contra sua vontade da pessoa com transtorno mental, de seu Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) ou de sua bolsa do programa “De Volta para Casa”, ou ainda de sua aposentadoria, pensão, salário, ou de algum bem ou propriedade.

- ✓ **Furto:** Art. 155 - “Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel: Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa. § 1º - A pena aumenta-se de um terço, se o crime é praticado durante o repouso noturno. § 2º - Se o criminoso é primário, e é de pequeno valor a coisa furtada, o juiz pode substituir a pena de reclusão pela de detenção, diminuí-la de um a dois terços, ou aplicar somente a pena de multa. § 3º - Equipara-se à coisa móvel a energia elétrica ou qualquer outra que tenha valor econômico.”
- ✓ **Furto qualificado:** Art 155, § 4º - A pena é de reclusão de dois a oito anos, e multa, se o crime é cometido: I - com destruição ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa; II - com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza; III - com emprego de chave falsa; IV - mediante concurso de duas ou mais pessoas. § 5º - A pena é de reclusão de 3 (três) a 8 (oito) anos, se a subtração for de veículo automotor que venha a ser transportado para outro Estado ou para o exterior.” (6)
- ✓ Art. 7º, IV - a **violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.” (9)

1.2.5) A violência moral e psicológica: o assédio moral

Há um outro tipo de abuso e violência que pode não deixar marcas visíveis aos olhos, mas que causa profundo sofrimento na “alma” da pessoa, ou seja, em seu psiquismo: a **violência moral e psicológica**, como em caso de ameaças, calúnias, xingamentos e críticas frequentes.

Um destes tipos de violência é o **assédio moral**. Acontece nos ambientes de trabalho, quando um trabalhador é submetido a relações de poder muito autoritárias, e exposto por um superior, colega de trabalho ou subordinado a situações humilhantes e constrangedoras, de forma muitas vezes repetidas ou prolongadas durante as jornadas de trabalho. No Brasil, até o momento atual, em 2014, o assédio moral não foi ainda objeto de lei ou norma específica, mas já vem sendo conceituado e discutido por documentos recentes do Ministério do Trabalho. O assédio moral pode ser considerada também **uma forma específica de discriminação**, na forma como a entende a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

- ✓ “O assédio moral é toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho.” [...] Trata-se da exposição de trabalhadoras e trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes durante o exercício de sua função. É o que chamamos de violência moral. Esses atos visam humilhar, desqualificar e desestabilizar emocionalmente a relação da vítima com a organização e o ambiente de trabalho, o que põe em risco a saúde, a própria vida da vítima e seu emprego.” (12)
- ✓ Art. 1º (1): Para os fins da presente Convenção, o termo “**discriminação**” compreende: a) Toda a distinção, exclusão ou preferência fundada na raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social, que tenha por efeito destruir ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento em matéria de emprego ou profissão.” (10)

(6) Código Penal,

(9) Lei Maria da Penha

(10) *Convenção nº 111 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)*

(12) MINISTÉRIO DO TRABALHO. Manual sobre Assédio Moral e Sexual, 2010.

1.2.6) Violência física I: o sequestro de pessoas:

O **sequestro de pessoas** acontece quando se retira da pessoa a liberdade de ir e vir, contra a sua vontade e sem o amparo jurídico, mantendo-a geralmente em local fechado ou de difícil acesso, do qual não tem condições de sair livremente. Pode acontecer por motivos políticos, como ocorreu durante o regime civil-militar que governou o Brasil entre 1964 e 1984, quando lideranças populares e opositores do governo foram sequestrados sem qualquer apoio legal, e eram presos e torturados, e vários deles foram mortos. Pode ter também o objetivo de *extorsão*, ou seja, obter do sequestrado, por meio de violência ou ameaça, alguma vantagem, dinheiro, bens materiais, etc. Outra possibilidade é quando o sequestro é usado para a *exploração de trabalho*, em condições degradantes, de forma semelhante ao antigo trabalho escravo. O trabalhador fica realmente preso em locais fechados, ou isolado em lugares distantes, ou acaba aprisionado por dívidas que não tem condição de conseguir pagar. Infelizmente, esquema similares são também usados para a *exploração sexual de pessoas em casas de prostituição* em outros países, atraindo-as com a promessa de bons empregos.

No contexto da saúde mental, o sequestro ocorre principalmente em duas circunstâncias típicas:

- a) como forma de **internação forçada**, sem os cuidados previstos na Lei 10.216 para a internação involuntária ou compulsória, tema que será tratado no capítulo 4 deste manual. Infelizmente, este tipo de sequestro vem sendo reivindicado hoje por várias autoridades e até mesmo por alguns familiares, para uso indiscriminado em internações de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas no Brasil, com o objetivo principal de “limpeza urbana” nos locais de concentração dessas pessoas;
- b) como forma das **famílias manterem preso dentro de casa algum de seus membros com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas**, e nestes caso o sequestro está associado ao que chamamos de **cárcere privado**, tema que será abordado mais abaixo.

✓ Art. 148: “Privar alguém de sua liberdade, mediante **sequestro** ou cárcere privado: Pena - reclusão, de um a três anos. § 1º - A pena é de reclusão, de dois a cinco anos: I - se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge ou companheiro do agente ou maior de 60 (sessenta) anos; II - se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital; III - se a privação da liberdade dura mais de 15 (quinze) dias; IV - se o crime é praticado contra menor de 18 (dezoito) anos; V - se o crime é praticado com fins libidinosos. § 2º - Se resulta à vítima, em razão de maus-tratos ou da natureza da detenção, grave sofrimento físico ou moral: Pena - reclusão, de dois a oito anos”. (6)

O risco da generalização do sequestro para usuários de crack, no uso indiscriminado de recolhimentos e internações forçadas no Brasil: Nos últimos anos, com a difusão do crack no país e formação das chamadas cracolâncias nas grandes cidades, vários prefeitos e governadores estão reivindicando o uso indiscriminado de internações forçadas, em que usuários de drogas são presos à força e em grupos, com apoio da polícia e sem amparo médico e jurídico, e internados em instituições fechadas, semelhantes aos antigos asilos psiquiátricos. Embora exista na lei da reforma psiquiátrica a *internação involuntária*, ela só pode acontecer com avaliação médica cuidadosa de cada caso, e com avaliação posterior da justiça. A *internação compulsória*, por sua vez, é determinada previamente por medida judicial, exclusivamente pela prática anterior de delito em função de um transtorno (estes dois temas serão mais bem discutidos no capítulo 4). Assim, estamos correndo o risco no país de se generalizar o uso do sequestro como forma de “limpeza urbana” e de se criar uma nova “moda” de instituições do tipo manicomial para os usuários de crack, na maioria das vezes sem investir nos serviços de atenção psicossocial para eles, que buscam tratar respeitando seus direitos.

(6) Código Penal

1.2.7) Violência física II: maus tratos, lesão corporal e tortura

Infelizmente, existem tipos ainda mais diretos e dramáticos de abuso e violência. A violência física é a forma mais visível, pois significa ferir partes do corpo, como provocar arranhões, feridas ou mesmo quebrar um braço, mas às vezes chega a um nível tão elevado, que pode levar a pessoa à morte. Isso pode acontecer na vida social, nas relações interpessoais (formas comunitárias e sociais de intolerância que chegam à violência física).

Em nosso país, as pesquisas e os registros em delegacias indicam que a violência física está crescendo e está inserida cada vez mais na vida social, particularmente nos locais de moradia, circulação e trabalho das classes populares. As organizações responsáveis pelo tráfico de drogas ilícitas, as lutas entre elas pelo controle de territórios e pelos pontos de venda, bem como o crescimento e difusão das milícias, estimulam ainda mais a prática da violência como forma usual de sobrevivência, de ter algum poder social e de resolução de conflitos, mesmo os mais corriqueiros. Além das consequências diretas na integridade e na saúde física das pessoas, a violência atinge também a saúde mental das pessoas. Ela aumenta os casos dos chamados transtornos de ansiedade, como por exemplo as fobias (que levam ao isolamento, pelo medo de ambientes com mais pessoas), os estresses pós-traumáticos (após a vivência de uma situação de violência), bem como os transtornos obsessivos (que levam a comportamentos estereotipados e repetidos). Contudo, os casos mais graves de tortura podem também induzir a transtornos mentais mais severos, por exemplo, quando é sistemática e prolongada, como descrito a seguir.

A violência pode ser também estatal, se é realizada por agentes do Estado fora ou dentro de suas próprias instituições. Neste caso, a violência é usada exatamente pelas instituições que em tese deveriam resguardar os direitos do cidadão. No Brasil, o regime civil-militar entre 1964 e 1984 se utilizou largamente do sequestro, da prisão arbitrária e da tortura para reprimir as lutas e movimentos sociais populares e demais opositores do governo. Após o fim da ditadura, a prática de maus tratos e tortura durante o período está sendo investigada oficialmente apenas agora, a partir de 2012, pela Comissão da Verdade, para fins de conhecimento dos fatos, mas sem a possibilidade de punir os responsáveis, como ocorreu em inúmeros outros países. Assim, com esta impunidade, os maus tratos e a tortura continuam a existir e até hoje é utilizada pela autoridades com poder de polícia e por outras instituições estatais não só dentro de seus prédios, mas também nas ações externas. Um exemplo disso é a violência sistemática que ocorre em todo o Brasil, em batidas policiais nas ruas ou na entrada de policiais nas comunidades pobres e favelas, que atinge principalmente trabalhadores, negros e pessoas pobres nas ruas, ou aquela realizada nas delegacias, presídios, abrigos e às vezes, também em instituições psiquiátricas do tipo manicomial, como vimos acima.

Nas ruas e em todos estes ambientes, as pessoas com transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, apresentam ainda mais fragilidades pessoais, mais dificuldades de defender seus direitos quando estão sozinhas, e são objeto de mais discriminação, estigma e desvalorização social, o que acaba aumentando a probabilidade de sofrerem **violência tanto do tipo social quanto estatal**.

Antes de encerrar esta seção, é importante lembrar que, no caso de tortura, as penalidades legais atingem tanto a pessoa que as realiza diretamente e seus mandantes, como também quem se omite diante delas, quando teria o dever de evitá-las ou apurá-las.



✓ **Maus-tratos** - Art. 136 - “Expôr a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina: Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa. § 1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave: Pena - reclusão, de um a quatro anos. § 2º - Se resulta a morte: Pena - reclusão, de quatro a doze anos. § 3º - Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos”. (6)

✓ Art. 1º: “Constitui crime de tortura: I - constranger alguém com emprego de violência ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental: a) com o fim de obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; b) para provocar ação ou omissão de natureza criminosa; c) em razão de discriminação racial ou religiosa;

II - submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo. Pena - reclusão, de dois a oito anos. § 1º Na mesma pena incorre quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal. § 2º Aquele que se omite em face dessas condutas, quando tinha o dever de evitá-las ou apurá-las, incorre na pena de detenção de um a quatro anos. § 3º Se resulta lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, a pena é de reclusão de quatro a dez anos; se resulta morte, a reclusão é de oito a dezesseis anos. § 4º Aumenta-se a pena de um sexto até um terço: I - se o crime é cometido por agente público; II - se o crime é cometido contra criança, gestante, portador de deficiência, adolescente ou maior de 60 (sessenta) anos; III - se o crime é cometido mediante seqüestro. § 5º A condenação acarretará a perda do cargo, função ou emprego público e a interdição para seu exercício pelo dobro do prazo da pena aplicada. § 6º O crime de tortura é inafiançável e insuscetível de graça ou anistia. § 7º O condenado por crime previsto nesta Lei, salvo a hipótese do § 2º, iniciará o cumprimento da pena em regime fechado. Art. 2º O disposto nesta Lei aplica-se ainda quando o crime não tenha sido cometido em território nacional, sendo a vítima brasileira ou encontrando-se o agente em local sob jurisdição brasileira. (11)

Os inúmeros casos de violência e morte causadas pelas intervenções de policiais na cidade do Rio de Janeiro:

nos últimos anos, tivemos vários destes casos de violência e mortes na cidade, e que ficaram conhecidos até internacionalmente, como símbolos do abuso de autoridade e da violência policial. Um dos que tiveram ampla repercussão foi o do ajudante de pedreiro *Amarildo Dias de Souza*, morador da favela da Rocinha, que desapareceu no dia 14 de julho de 2013. Após as investigações, o Ministério Público tem mostrado ter provas irrefutáveis de que ele foi confundido com outra pessoa ligado ao tráfico de drogas, foi torturado, morto e teve seu corpo desaparecido pelos próprios policiais responsáveis pela Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) que atuava no bairro. Outro caso foi o da auxiliar de serviços gerais *Cláudia Silva Ferreira*, que em março de 2014, após ter sido baleada em Madureira, os policiais lhe negaram um tratamento de emergência adequado. Foi mal colocada no porta malas e arrastada no asfalto pelo carro da polícia, vindo a falecer, episódio que foi filmado e divulgado pela mídia. No dia 19/03/2014, o jornal O Globo mostrou a enorme indignação e repercussão deste caso, com manifestações até da Presidência da República. Na reportagem temos ainda o depoimento do diretor-executivo da Anistia Internacional Brasil, a filial brasileira de uma entidade global de amplo reconhecimento internacional: “Todo esse episódio é um indicativo do grau de degradação e desrespeito à vida e à dignidade humana com o qual uma parte da população é tratada pela polícia no Rio. A favela e as periferias são vistas como territórios inimigos. É preciso dar um basta a esse estado de coisas. A sociedade e o Estado precisam mandar uma mensagem clara, de que a barbárie não pode ser tolerada”. No entanto, são as próprias comunidades que passaram a reagir a cada caso. Após a onda de manifestações públicas de junho de 2013 no país, vários destes casos de violência são respondidos logo em seguida com protestos de rua pela população local, demonstrando toda a sua indignação.

(6) Código Penal

(11) Lei Federal n.o 9.455, de 1997

Número crescente de agressões a pessoas em situação de rua no país: Infelizmente, as páginas dos noticiários e das redes sociais no Brasil estão registrando um número crescente de espancamentos de pessoas em situação de rua, com graus elevados de violência e perversidade, e que podem levar até o homicídio. Basta fazer uma pesquisa na Internet, usando as palavras “moradores de rua” e “espancamento”, para aparecerem dezenas de casos recentes em todo o país. São espancamentos, ferimentos à faca e queima de pessoas nas ruas, particularmente à noite, quando a pessoa está dormindo, e que muitas vezes não são frutos de conflitos entre os próprios moradores, mas sim da intolerância por parte da população que mora ou trabalha nas redondezas. Um dos casos recentes de maior repercussão ocorreu em fevereiro de 2012, na Ilha do Governador, na cidade do Rio de Janeiro, quando o estudante Vitor Suarez Cunha, de 21 anos, foi espancado quase até a morte por 5 jovens, ao tentar defender uma pessoa em situação de rua que estava sendo agredida. Outro caso típico aconteceu em maio de 2013 no bairro Jardim Xangai, em Campinas (SP), quando duas pessoas em situação de rua, um deles catador de lixo, foram espancadas por nove pessoas. Segundo a polícia, o grupo intencionava queimá-las vivas. Felizmente, no Brasil atual, muitos destes casos já são investigados e os autores acabam sendo identificados e punidos pela justiça.

1.2.8) Formas combinadas de violência psicológica e física I: o *bullying* (abuso direto entre duas ou mais pessoas)

Existem formas que podem combinar violência física e psicológica. Uma das formas mais comuns é **bullying**, palavra em inglês que significa ato ou ação de *valentão* ou *pequeno tirano*, e que podemos tentar traduzir como “abuso direto entre duas ou mais pessoas”. Ele implica o uso de coerção, piadas vexatórias, ameaça ou intimidação, muitas vezes também com ataques físicos, e que pode inclusive ser repetido ou habitual, gerando muita dor, sofrimento e angústia. Em geral é associado a algum estigma ou preconceito, como de raça, religião, identidade sexual, alguma forma de deficiência, e que frequentemente pode atingir a pessoa com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas. Infelizmente, o **bullying** é muito comum nas escolas brasileiras e no mundo, o que não reduz a gravidade de suas consequências. Às vezes, particularmente naqueles países onde o uso de armas é facilitado, a vítima pode se vingar, levando a alguns casos conhecidos de matança indiscriminada em escolas e outros ambientes sociais.

1.2.9) Formas combinadas de violência psicológica e física II: assédio e violência sexual, e o estupro

Uma outra forma de violência física e psicológica combinada é aquela de natureza sexual, que tem profundas consequências para suas vítimas. Aqui podemos ter alguns tipos diferenciados, desde o **assédio sexual** até à **violência sexual e o estupro**. O assédio significa constranger alguém para obter vantagens sexuais, mesmo quando o contato físico não chegou a ser consumado. A violência sexual implica em contato físico, sendo um exemplo quando se obriga a pessoa, contra a sua vontade, a tocar as partes íntimas de outra ou a fazer sexo oral. No estupro, se chega à relação sexual completa, contra a vontade e quase sempre com violência física. Se isso ocorre com uma pessoa com alguma forma de vulnerabilidade, como crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência ou transtorno mental, temos o **estupro de vulnerável**, que é punida pela lei brasileira como um crime ainda mais grave.

- ✓ **Assédio sexual** - Art. 216-A: “Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Pena - detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos. § 2º A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos”.
- Estupro de vulnerável** - Art. 217-A: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. § 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. [...] § 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave: Pena - reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos. § 4º Se da conduta resulta morte: Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos”. (6)

(6) Código Penal

1.2.10) Formas combinadas de violência psicológica e física III: a violência doméstica ou intrafamiliar, incluindo o sequestro e cárcere privado

Infelizmente, essas formas combinadas de violência física e psicológica podem ocorrer também entre os membros de uma família, e neste caso temos a **violência doméstica ou intrafamiliar**. Se considerarmos o fenômeno como um todo, o que chama a atenção dos pesquisadores na violência familiar no país, particularmente quando focamos a violência física e sexual, é a grande importância das dimensões de sexo e gênero, ou seja, se trata de **agressores homens** na quase totalidade dos casos registrados.

No campo específico da saúde mental, a família, que muitas vezes sofre discriminação e violência por ter um de seus membros com transtorno mental, também pode praticar maus tratos e violência contra essas pessoas. Isso pode ocorrer pelas inúmeras dificuldades e conflitos do dia a dia, no afã de se cuidar ou proteger a pessoa com transtorno dos perigos.

✓ Art. 7º : “São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a **violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a **violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a **violência sexual**, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a **violência patrimonial**, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a **violência moral**, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria”. (9)

Além dos maus tratos e da violência mais geral dentro das famílias, no contexto da saúde mental geralmente temos mais duas situações típicas, que normalmente acontecem juntas:

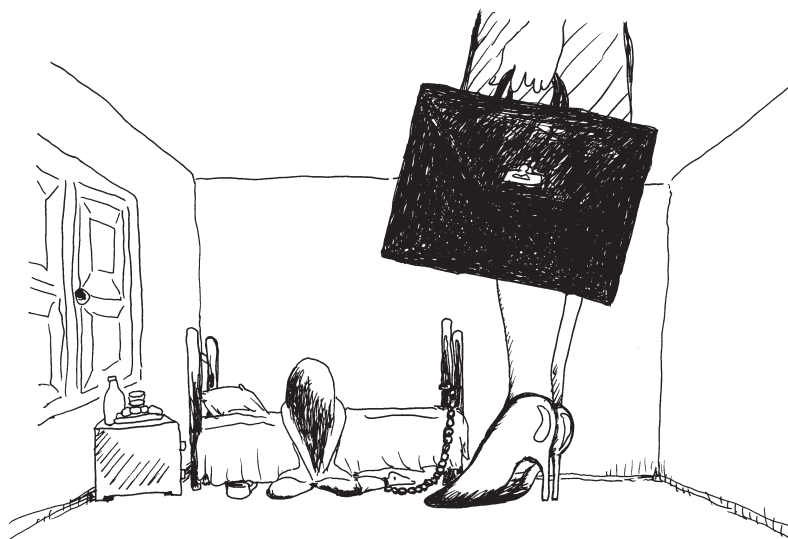
- a) o **sequestro**, quando se retira a pessoa, contra a sua vontade, a liberdade de ir e vir, como vimos acima.
- b) o **cárcere privado**, em que a pessoa é mantida trancada, geralmente em um cômodo separado da casa, às vezes por dias, semanas, ou até anos, sem contato com outras pessoas, até mesmo acorrentada.

No caso de pessoas com alguma forma de fragilidade ou dependência, há situações que podem favorecer estas duas formas de violência nas famílias:

⁽⁶⁾ Lei Maria da Penha

- a falta de quaisquer informações sobre a situação e de como lidar com ela;
- a discriminação presente na comunidade local, gerando vergonha na família ou responsável em expor a pessoa;
- as dificuldades do cuidado ou da vigilância da pessoa no dia a dia, particularmente nas localidades com inexistência ou insuficiência de serviços de educação, assistência social, de saúde e saúde mental;
- quando os sintomas levam a um nível mais elevado de agressividade, situação que se agrava quando os cuidadores são mais velhos ou estão mais fragilizados;
- ou ainda a necessidade de trabalho, quando todas as pessoas da família têm que sair para garantir a sobrevivência familiar, e não têm rede sócio-familiar, comunitária, serviços disponíveis de acompanhante na rede pública, ou condições de contratar alguém para realizar o cuidado;
- o uso de drogas como o crack, em que a “fissura” para se conseguir a droga a qualquer custo leva à prática de furtos, podendo gerar insegurança para a própria pessoa e para a família, e a uma piora da saúde no curto prazo.

Em situações como estas, cabe informar a família ou responsáveis sobre a gravidade deste tipo de ação, e discutir as alternativas para interromper imediatamente a ação de sequestro e cárcere privado, buscando apoio na rede de atenção à saúde e saúde mental, para se gerar um cuidado que respeite os direitos da pessoa com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas. Contudo, em algumas vezes, o sequestro ou cárcere privado são completamente injustificados ou visam outras vantagens, como no caso de apropriação indevida de benefícios sociais da pessoa com transtorno, de violência sexual ou mesmo como ritual punitivo e sádico contra uma pessoa mais frágil. Todos estes casos ou similares requerem denúncia imediata e acompanhamento das medidas protetivas por parte das autoridades.



✓ Art. 148: “Privar alguém de sua liberdade, mediante **sequestro** ou cárcere privado: Pena - reclusão, de um a três anos. § 1º - A pena é de reclusão, de dois a cinco anos: I - se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge ou companheiro do agente ou maior de 60 (sessenta) anos; II - se o crime é praticado mediante internação da vítima em casa de saúde ou hospital; III - se a privação da liberdade dura mais de 15 (quinze) dias; IV - se o crime é praticado contra menor de 18 (dezoito) anos; V - se o crime é praticado com fins libidinosos. § 2º - Se resulta à vítima, em razão de maus-tratos ou da natureza da detenção, grave sofrimento físico ou moral: Pena - reclusão, de dois a oito anos”. (6)

Na legislação brasileira, todas as formas de violência ou omissão que apareçam em serviços de saúde/saúde mental e educação, que atinjam idosos, crianças e mulheres, devem ser necessariamente comunicadas (**notificação compulsória**[*]) às autoridades competentes.

⁽⁶⁾ Código Penal

^[*] A obrigação de **notificação compulsória de violência** contra crianças, mulheres ou idosos está consagrada no Estatuto da Criança e do Adolescente (Art 245), Estatuto do Idoso (Art 19), este complementado pela Lei nº 12.461, de 2011, e na Lei 10.778, de 2003, complementada pela Lei 12.288, de 2010.

1.2.11) Cuidados necessários no enfrentamento das situações de abuso e de violência

O que fazer quando estamos diante de tantas situações de violência, como as relatadas acima? No último capítulo desta manual, vamos expor com mais detalhes as diversas estratégias e instituições que podem ser procuradas para nos ajudar a lidar com as situações típicas de desrespeito aos direitos da pessoa com transtorno e seus familiares. Entretanto, há algumas recomendações específicas para os casos de violência, que abordaremos aqui. De modo geral, a luta contra todas estas formas de violência sempre requerem **combinar formas individuais e coletivas de enfrentamento**.

Há **alguns casos menos graves**, quando não há riscos imediatos para a pessoa com transtorno ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, em que se constata desinformação ou sérias dificuldades dos responsáveis ou da família para prestar os cuidados necessários para tal pessoa. Alguns casos de negligência ou de cárcere privado podem ser exemplos disto. Nessas situações, é preciso em primeiro lugar informar e alertar os responsáveis sobre a gravidade da situação, conversando juntos sobre as possíveis saídas, incluindo um pedido de ajuda junto aos serviços locais de saúde, saúde mental ou assistência social.

No entanto, quando a situação apresenta riscos à integridade física e psicológica da pessoa, principalmente quando são crianças, adolescentes e idosos, é preciso uma intervenção imediata, por exemplo acionando logo serviços tais como os disque-denúncias (nos quais muitas vezes você nem precisa se identificar, se assim o quiser, para se proteger), Conselho Tutelar, o Corpo de Bombeiros, a polícia ou até mesmo realizar uma denúncia na delegacia local ou nas delegacias especializadas da criança e do adolescente, da mulher ou do idoso. Nestes casos mais graves, é preciso reunir provas para convencer a justiça do sofrimento causado, ou planejar o *fragante*, ou seja, a constatação da situação de violência pela própria autoridade.



Quando há violência física que deixa marcas, a ida a uma delegacia para fazer uma queixa normalmente é acompanhada por um exame físico do corpo, chamado de *exame de corpo de delito*. Além disso, é preciso também reunir testemunhas (pessoas que viram os fatos e que são de confiança) e possíveis documentos e formas de registro (exames médicos, fotos, filmes com celulares) que possam ajudar a provar o que realmente ocorreu. Em várias situações, antes de se fazer a denúncia, é necessário avaliar com cuidado a possibilidade de *retaliação* (reação violenta por parte da pessoa que está sendo acusada) e as estratégias existentes para proteger a pessoa que faz a denúncia e a própria vítima.

As formas de violência psicológica ou mistas, mas que não deixam marcas, exigem ainda mais os vários tipos de provas indicados acima. Isso é importantíssimo, pois pessoa denunciada pode dizer que quem a acusa está fazendo denúncia falsa ou difamação, revertendo a denúncia e exigindo reparação. Por isso, **quando não há marcas visíveis da violência**, é preciso buscar orientação de amigos(as) de confiança e principalmente de profissionais. No último capítulo, há uma lista de serviços a serem procurados para a defesa de nossos direitos.

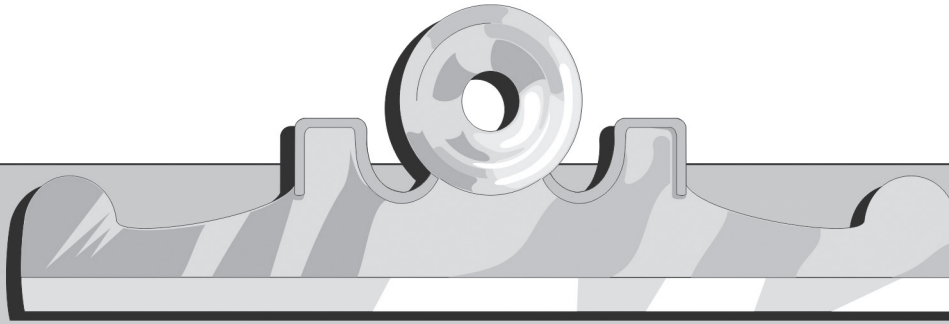
As **formas coletivas de enfrentamento da violência** implicam discutir e denunciar os fatos na própria comunidade, nas redes sociais, realizar manifestações e protestos públicos, levar os fatos aos serviços públicos de educação, saúde, saúde mental e assistência social, e em associações, sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais e serviços profissionais ou públicos de defesa dos direitos. As Câmaras de Vereadores, nos municípios; as Assembléias Legislativas, em cada estado; e o Congresso Nacional brasileiro, em Brasília, geralmente têm comissões e núcleos

próprios de direitos humanos. Em todos estes lugares, é possível conhecer e adotar medidas locais, para se usar no dia a dia, até **iniciativas mais complexas nas instituições públicas**, visando elaborar programas preventivos e leis capazes de desestimular as pessoas e instituições autoras das diversas formas de violência. Para mais detalhes, procure os dois últimos capítulos deste manual, que discutem cada uma destas estratégias e os cuidados necessários.

Para concluir este capítulo, podemos resumir da seguinte forma: tudo isso mostra como a luta pelos direitos fundamentais da pessoa e direitos humanos, bem como de cidadania, particularmente contra as formas mais graves de desrespeito e violência, tanto no campo da atenção psicossocial como na vida social em geral, depende principalmente de se conhecer e discutir cada vez mais esses direitos, e participar das iniciativas individuais e coletivas de lutar por eles.

A longa luta contra a violência doméstica até a criação da Lei Maria da Penha, e as estratégias para evitar agressões:

A Lei 11.340, de 2006, ficou conhecida como Lei Maria da Penha, em homenagem à luta e determinação de Maria da Penha Maia Fernandes, um biofarmacêutica cearense, que lutou por vinte anos para ver preso seu agressor, seu próprio ex-marido, um professor universitário. A primeira tentativa de assassinato, em 1983, a deixou na cadeira de rodas. Outras tentativas se seguiram. A justiça demorou anos sem tomar providências, e ela, com ajuda de ONGs, enviou o caso para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), que acatou então sua primeira denúncia de violência doméstica. A Comissão também condenou o Brasil por negligência e omissão em relação ao tema, recomendando a criação de uma legislação para esse tipo de violência, o que reforçou a luta do movimento de mulheres pela elaboração e aprovação da lei. Este processo repercutiu em várias comunidades pobres do Nordeste, e algumas delas criaram estratégias para reverter aquele dito popular que diz que “em briga de marido e mulher, não se mete a colher”. Uma delas é o *apitaco*: quando uma mulher grita por estar sofrendo violência doméstica, as vizinhas saem para as janelas e portas usando seus apitos no máximo volume. No Estado do Espírito Santo, as delegacias especializadas colocam à disposição das mulheres ameaçadas um dispositivo eletrônico chamado *botão de emergência*. Quando acionado, em caso de agressão iminente, o aparelho não só chama imediatamente a polícia, que localiza a pessoa por rastreamento de satélite (GPS), como também começa uma gravação de áudio do que está acontecendo, criando automaticamente uma prova contra o agressor.



Tarefas:

- 1) Na sua experiência pessoal na assistência em saúde mental, lembre e descreva os vários tipos de serviços que frequentou. Como eram esses serviços? Eram mais parecidos com o tipo manicomial descrito acima, ou com os serviços da reforma psiquiátrica? Você se lembra de alguma experiência desagradável, de violação de algum dos direitos indicados neste capítulo? Como você se sentiu naquele momento?
- 2) Procure agora conhecer a rede de serviços de saúde mental onde frequenta atualmente, ou da região ou cidade onde mora. Avalie se ela respeita os direitos dos usuários e familiares, comparando-os com o que você leu neste capítulo da manual. Em caso de constatar problemas neste campo, consulte o nosso último capítulo, que mostra o que é possível fazer quando os serviços não garantem os direitos dos usuários e familiares. Em seguida, discuta com os seus colegas usuários ou familiares quais estratégias podem ser usadas para melhor divulgar, conquistar e garantir estes direitos, bem como para avançar o processo de reforma psiquiátrica no ambiente em que vivem e se tratam.
- 3) Levante junto aos demais companheiros usuários e familiares de serviços de saúde mental as principais experiências de discriminação por que passaram, associadas a transtorno mental ou a necessidades decorrentes do uso de drogas. Depois deste levantamento, procure sistematizar quais as formas mais comuns e também aquelas que foram consideradas mais graves, ou que geraram mais raiva ou consequências negativas em suas vidas. Escolha uma destas experiências mais graves, e procure discutir com seus colegas quais estratégias descritas acima e no penúltimo capítulo poderiam ter sido usadas para prevenir, evitar ou responder à discriminação sofrida.
- 4) Você conhece algum caso ou pessoa com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas que foi vítima de alguma forma de abuso ou violência? Procure discutir o caso com seus colegas usuários e familiares, sem dar detalhes que permitam identificar a(s) pessoa(s), procurando em primeiro lugar identificar o(s) tipo(s) de violência sofrida, de acordo com a classificação apresentada neste capítulo. Em um segundo momento, discuta as possíveis estratégias individuais e coletivas de como lidar com a situação, levando em conta os cuidados sugeridos acima e no penúltimo e último capítulos do manual.

CAPÍTULO 2

Direitos e deveres dos usuários e familiares na assistência à saúde em geral



Este manual pretende discutir, como seu próprio nome indica, os direitos e deveres dos usuários e familiares no campo da saúde mental e drogas. Contudo, seria possível lidar com a saúde mental e com as necessidades decorrentes do uso de drogas, de forma separada da saúde? Neste capítulo, queremos demonstrar que é impossível conquistar uma boa saúde mental sem ter também uma boa assistência em saúde em geral. E mais, os serviços públicos de saúde mental e drogas estão todos integrados dentro da política e do sistema público de saúde, no que chamamos Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, a maioria dos direitos e deveres da saúde mental e drogas são na verdade os próprios direitos e deveres do sistema de saúde como um todo. Portanto, para avançar no tema objetivo deste manual, temos necessariamente que conhecer e conversar sobre o campo da saúde em geral.

2.1) O que significa ter direito à saúde e suas relações com todas as dimensões da vida

Para viver com saúde precisamos de condições que vão além de cada um cuidar de si, individualmente. O ser humano se relaciona em grupos, famílias e instituições, que formam a sociedade. Para organizar estes vários setores da sociedade e responder às necessidades de toda a população, temos o Estado e suas políticas sociais (saúde, educação, habitação, entre outros).



Entretanto, nem sempre o Estado brasileiro se propôs a oferecer essas políticas para todos. Antes de 1988, o chamado INAMPS só atendia quem tinha carteira de trabalho. Somente após muitas lutas de todos os trabalhadores é que conseguimos colocar a saúde e as demais políticas sociais como um direito social de todo cidadão, na Constituição Federal de 1988, e começar a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, para todos.

Podemos perguntar então: o que entendemos por saúde, para reivindicarmos este direito? Saúde está relacionada às condições de vida e trabalho das pessoas e à maneira em que elas e toda população interagem com o meio em que vivem. Assim, para ter saúde, devemos conquistar também os demais direitos sociais. Ter saúde significa ter acesso:

- a um ambiente e ar limpo, a áreas verdes e a água potável;
- à moradia;
- à alimentação de qualidade;
- ao transporte público para ir e vir: trabalhar, passear, visitar pessoas e lugares;
- ao lazer: brincar, ir ao cinema, teatro, parque, circo, praia, campo.
- à cultura: praticar esporte, música e demais artes;
- à educação: ensino fundamental, médio, técnico, superior, cursos de línguas, informática, etc.
- à assistência social e previdenciária;
- a serviços de prevenção e tratamento de saúde.

Portanto, isso tudo é saúde!



✓ Na Constituição Federativa do Brasil (1) a **saúde** é considerada um direito social. Os demais direitos sociais como a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, estão indicados nos artigos 6^a ao 11^o.

(1) Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Os direitos sociais, tais como saúde; educação; moradia; alimentação; trabalho; lazer e segurança; a previdência social; à proteção à maternidade, à infância e aos desamparados estão previstos, principalmente, nos arts. 6º a 11º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Ao se lutar para que os constituintes incluíssem estes direitos na Constituição, os trabalhadores visaram ter mais meios de lutar para diminuir a desigualdade social e melhorar as condições de vida e trabalho de todos, e com isso ter mais saúde. Para conquistar estes direitos na prática, precisamos nos organizar e exigir ações dos governos federal, estadual e municipal e mobilizar a participação da sociedade. O primeiro passo é conhecer os direitos que promovem uma melhor saúde para todos.

O conceito de Saúde: Uma definição completa de saúde é difícil de ser escrita, porque sempre corremos o risco de esquecer algum aspecto importante. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) "*saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*". A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 1986, ampliou este conceito de saúde, como *resultado de boas condições de vida e trabalho. Nós ainda acrescentamos: ter saúde é também ter a capacidade de agir sobre o mundo, de interferir em nossa rede social e participar na conquista destas condições de vida e trabalho, ou seja, é ser capaz de lutar pela própria saúde!*

2.2) Os direitos mais gerais do cidadão à assistência em saúde

Assim, para conquistarmos o direito a uma vida com saúde, os direitos fundamentais da pessoa humana, dentre os quais destacamos os direitos sociais, devem ser continuamente garantidos pelo Estado e pela sociedade. Contudo, há direitos específicos quando falamos da assistência à saúde em particular: significa a garantia pelo Estado da promoção, prevenção, recuperação e tratamento para cada pessoa e para os vários grupos sociais.

Desta forma, ter direito à assistência a saúde é...

- a) ter acesso livre, fácil, gratuito e imediato aos serviços de assistência em saúde e saúde mental, o mais próximo possível do local onde moramos ou trabalhamos;
- b) ter acesso a diferentes tipos de ações de saúde:
 - promoção: visitas do saúde da família nas casas, informação e educação para a saúde, etc
 - prevenção: vacinação para doenças transmissíveis, combate aos fatores que promovem doenças (ex.: mosquito da dengue) etc;
 - tratamento: quando a doença já se desenvolveu e a pessoa precisa se consultar, ter acesso aos remédios indicados, fazer exames de imagem ou cirurgias, etc;
 - recuperação: a pessoa, depois da fase mais difícil da doença, precisa de auxílio para voltar à atividade do dia a dia no melhor estado possível, por exemplo, com a fisioterapia.

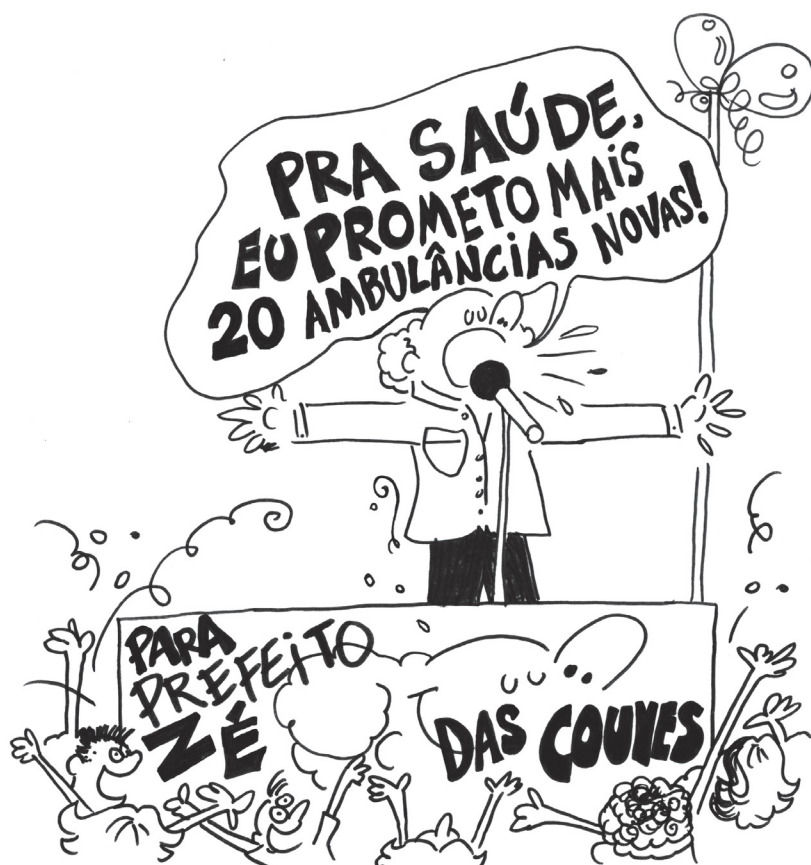
- c) ter assistência integral: oferta de serviços médicos, psicológicos, de enfermagem, dos dentistas, de assistência social, ambiental, ocupacional, de esporte e lazer, entre outros, que atendam as necessidades integrais e específicas de todos os tipos de pessoas: mulheres, gestantes, homens, crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiências, etc;
- d) ter todas as informações necessárias sobre seu estado de saúde e das formas de tratamento disponíveis, e participar das decisões sobre o seu tratamento;
- e) ter acesso às informações e poder participar das decisões acerca do sistema de saúde, dos serviços e dos diferentes tipos de assistência em saúde existentes em sua cidade, estado e país.

✓ **Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado. Ela é garantida por políticas sociais e econômicas que visam à prevenção de doença e de outros agravos como epidemias, catástrofes, entre outros. Esse artigo também assegura o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (1).

Os equívocos da “ambulância-terapia”:

Em muitos municípios nos quais a prefeitura investe pouco no setor saúde, os usuários e familiares são levados a fazer tratamento fora de sua cidade de origem. Este fato é popularmente conhecido como “ambulância-terapia”, ou seja, fazer uso de ambulâncias como “a” medida principal da política de saúde. Esta situação gera:

- atraso no atendimento, aumentando os riscos para o paciente;
- mais sofrimento nas pessoas;
- mais despesas com viagens para tratamento e visitas familiares;
- a concentração do cuidado em saúde nos hospitais das grandes cidades, que acabam realizando serviços precários;
- e principalmente, tenta tirar a responsabilidade do município de ofertar saúde integral aos seus próprios moradores, como será discutido mais abaixo.



(1) Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

2.3) O Sistema Único de Saúde (SUS) e sua organização

Para que o Brasil cumpra seu dever de assegurar a saúde como um direito de todos os cidadãos, foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)** como uma política do Estado brasileiro. O SUS foi estabelecido em 1988 pela Constituição Federal do Brasil; foi normatizado pela Lei 8080, de 1990, e que, mais recentemente, foi regulamentado pelo Decreto nº 7.508 de 28/06/11.

Entre os princípios mais importantes que inspiraram a organização do SUS, podemos listar os seguintes:

- a) *Rede*: ligação e integração entre todos os serviços de saúde.
- b) *Descentralização e regionalização*: Embora seja um sistema nacional, são os estados e particularmente os municípios os principais responsáveis pela implementação local do SUS. E em cada município, temos as regiões ou territórios de saúde, onde os serviços têm a responsabilidade de fazer o primeiro atendimento a todas as necessidades de saúde, ou de realizar o devido encaminhamento para serviços mais complexos, quando necessário.
- c) *Hierarquização*: níveis de complexidade dos serviços de acordo com os diferentes tipos de necessidade e de intervenção em saúde. Os níveis de saúde estão divididos em:
 - nível primário: saúde da família, consultórios na rua, atenção básica como a principal porta de entrada no SUS, constituída pelas unidades básicas de saúde e suas visitas nas casas das pessoas;
 - nível secundário: ambulatorios, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seus serviços de apoio;
 - nível terciário ou de alta complexidade: hospitais que fazem internações, cirurgias, transplantes, atividades mais complexas de recuperação, etc.

Quando um nível não tem condição de resolver o problema, ele encaminha a pessoa para aquele nível capaz de fazê-lo. É desta forma que o SUS se organiza para atender a todas as situações de saúde, desde as mais simples, até as mais difíceis e delicadas.

- d) *Integralidade*: o sistema de saúde deve investigar, reconhecer e buscar responder os vários tipos de necessidades de saúde de cada grupo específico da população, como as mulheres grávidas, os seus bebês, as crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, as mulheres e os homens, as pessoas com outras identidades sexuais, os grupos étnicos particulares (como as comunidades quilombolas e indígenas), as pessoas com doenças ou deficiências específicas etc. Este tema é muito importante e será mais bem discutido em uma seção específica abaixo.
- e) *Intersetorialidade*: como vimos acima, um sistema de saúde adequado deve estar muito bem articulado com as demais políticas sociais, como a educação, moradia, saneamento, alimentação, trabalho, lazer, segurança, previdência e assistência social etc.
- f) *Controle social*: os usuários do SUS têm o direito e o dever de participar das principais decisões da política de saúde, através de seus conselhos, tema que será discutido em seção específica ainda neste capítulo.

2.4) Os direitos e deveres dos usuários e familiares em cada serviço do SUS, e a sua política de humanização

Os usuários e familiares têm o direito de serem atendidos de forma digna no SUS em qualquer momento e situação da vida. Por isso, os seus principais direitos junto a cada um dos serviços do SUS são:

- a) ter respeitado o jeito próprio de se expressar, mesmo quando a pessoa tem alguma dificuldade para isso. Assim, cabe a todo trabalhador de saúde se esforçar para compreender o que está sendo falado por cada pessoa, sem prejuízo no atendimento;
- b) ser abordado pelos trabalhadores de saúde em uma linguagem adequada à cultura e nível educacional de cada pessoa;
- c) não sofrer qualquer forma de preconceito, desrespeito ou segregação no cuidado à saúde. Por exemplo, atender primeiro uma pessoa que está “bem” vestida e não atender a pessoa que fala sozinha.
- d) ter acesso ao prontuário (pasta com todas as informações de saúde e saúde mental da pessoa) para saber sobre sua saúde, desde que esteja em condições para isto. A leitura é educativa, exigindo dos trabalhadores explicar os termos técnicos com paciência;
- e) ter todas as informações necessárias sobre o horário de funcionamento, quem trabalha, as atividades e programas do serviço de saúde;
- f) ter sua necessidade de saúde resolvida pelos serviços assistenciais. Se um serviço não tem condição de fazer o atendimento, é dever de sua equipe buscar imediatamente outro recurso ou serviço que possa acolher a necessidade da pessoa. Para isso, se faz um encaminhamento responsável, em que o primeiro serviço faz contato prévio com o outro, acerta o recebimento do usuário, fornece o transporte e acompanha se o atendimento está sendo adequado;
- g) esperar o menor tempo possível para o atendimento, para os exames diagnósticos e demais procedimentos em saúde, conforme a avaliação de risco pela equipe;
- h) ter garantido a confidencialidade e sigilo das informações dadas aos serviços e aos trabalhadores de saúde, ou seja, tudo o que o paciente diz para o profissional não pode ser dito para outras pessoas não autorizadas. Esta é uma norma muito importante dos códigos de ética dos profissionais de saúde.
- i) ser atendido a qualquer hora do dia e da noite;
- j) ser devidamente informado e participar das principais decisões a respeito do tratamento (o que é chamado de *consentimento informado*), particularmente quando este envolve algum risco;
- l) receber o(s) medicamento(s) adequado(s) e na quantidade exigida pela sua necessidade.

- ✓ *Coluna à direita:* Art. 7º: As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo princípios. (2).
- ✓ Art. XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei. (3)

As famosas filas de espera do SUS: Para muitos brasileiros e brasileiras, um dos seus maiores problemas é o longo tempo de espera por consultas, exames, cirurgias e medicamentos na rede pública/no SUS. Alguns procedimentos podem levar meses e fazem as pessoas ficarem aguardando, sem a devida assistência. Isso pode caracterizar uma violação dos direitos da pessoa e pode ter consequências sérias: o agravamento do quadro de saúde; exigência de tratamentos mais complicados e caros; mortes desnecessárias; e sobretudo, muito mais sofrimento por parte da própria pessoa, de seus familiares e amigos!



(2) Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica do SUS.

(3) Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931, de 17 de Setembro de 2009 - Código de Ética Médica.

Para o aperfeiçoamento de todo o SUS, na busca de atender a estes direitos e fazer com que as pessoas sejam tratadas com dignidade em todos estes níveis de atenção, foi criada a **Política Nacional de Humanização**, cujas diretrizes devem ser seguidas por todos os serviços e seus trabalhadores. Mais recentemente, vários dos direitos e deveres indicados nessa política foram reconhecidos na Portaria nº 1.820 de 2009. Nela, são direitos e deveres da pessoa:

- ter acesso ao SUS local e nacional. Para isso, você pode ir a uma unidade básica de saúde mais próximo da sua residência, onde você receberá o Cartão Nacional de Saúde, um cartão que só você pode e deve usar. Com ele, você poderá utilizar o serviço do SUS em qualquer lugar do país;
- ser atendido por profissionais competentes e comprometidos com a assistência;
- ser recebido em ambiente limpo e confortável;
- se o serviço tiver alguma dificuldade para atender a pessoa, ela deve ser acolhida, receber informações claras e ser encaminhada com rapidez para outro serviço capaz deste atendimento;
- ser chamada pelo nome ou nome social, se tiver um (por exemplo, quando a pessoa troca de identidade sexual);
- receber todas as informações necessárias sobre sua saúde em linguagem acessível;
- obter informações detalhadas quanto a algum risco, duração, tratamento e prognóstico (o que pode acontecer durante e após o tratamento) de alguma doença;
- conhecer o resultado dos seus exames;
- solicitar esclarecimento sempre que tiver dúvidas sobre sua saúde e tratamento;
- ter direito à acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas, exames e internações, em especial se for menor de idade ou após os 60 anos;
- receber ou, se desejar, recusar a assistência religiosa, psicológica e social;
- ter continuidade de atenção em sua casa;
- realizar marcações de atendimento por telefone quando há dificuldade de locomoção;
- expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações, tendo sempre respeitado a sua privacidade, sigilo e confidencialidade;

Política Nacional de Humanização:

Foi lançada pelo Governo Federal em 2004, com o objetivo de propor uma nova cultura de ser e fazer os serviços de saúde, voltada para a co-gestão dos trabalhadores e para o cuidado integral das pessoas, seus familiares e profissionais, se propondo a tratar a todos com respeito, dignidade e participação. Essa política deve funcionar em todos os serviços de saúde, envolvendo toda a população existente no serviço. Vários dos direitos e deveres reconhecidos nesta política foram depois reunidos na Portaria nº 1.820 de 2009.



No entanto, para ter garantida a sua saúde, é necessário que você, como usuário ou familiar, se comprometa com o tratamento, tendo portanto os **deveres** de:

- responder e falar tudo o que sabe nos atendimentos;
- perguntar e tirar todas as dúvidas que tiver e, se preciso, solicitar novos esclarecimentos;
- seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional; no caso de alguma discordância, fale claramente com ele e discuta as alternativas;
- contribuir para o bem-estar de todos nos serviços de saúde, evitando excesso de barulhos, fumar e usar bebidas alcoólicas, colaborando com a segurança e a limpeza do ambiente;
- adotar comportamento respeitoso e cordial com as demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde;
- manter atualizados os seus dados do cadastro;
- prestar atenção naqueles aspectos que podem colocar riscos à saúde pessoal, familiar e da vizinhança, adotando medidas preventivas individuais e coletivas, e avisando os serviços de saúde sobre os riscos mais imediatos para a comunidade.

Para aqueles que queiram conhecer mais detalhes sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, sugerimos ler toda a Portaria nº 1.820 do Ministério da Saúde.

Para concluir esta seção sobre direitos e deveres no SUS, é importante admitir que vários destes direitos não estão disponíveis ou não são reconhecidos em muitos dos municípios brasileiros. No contexto brasileiro atual, como um todo, a saúde ainda não mereceu toda a atenção e investimento necessário. Além disso, vários estados e particularmente

muitos municípios, principais responsáveis pela implantação local do SUS, também não investem adequadamente na sua rede de saúde. Por outro lado, porém, temos muitos municípios brasileiros com governos mais comprometidos com as políticas sociais e com a saúde, que dão bons exemplos de que o SUS pode funcionar bem e respeitar os direitos de seus usuários e familiares, mostrando que as lutas de seus habitantes pela saúde valem a pena! Em todos estes municípios, a participação das lideranças populares nos movimentos sociais e nos conselhos do SUS, como indicado na última seção deste capítulo, representam um canal muito importante para a conquista do direito à saúde em cada um de nossos municípios, estados e país.

2.5) A integralidade em saúde, sua organização e suas implicações nos direitos e deveres dos trabalhadores, usuários e familiares da atenção psicossocial

Como vimos acima, o SUS atende crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, grupos sociais específicos, e cada uma destas fases ou situações particulares da vida humana possui suas necessidades específicas em saúde. Dentro destas necessidades existem situações de vida em que as pessoas ficam mais fragilizadas, como a gravidez, o transtorno mental, a violência doméstica, transtornos alimentares, etc. Para garantir o atendimento em todas as etapas da vida e suas particularidades, o SUS dispõe do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPEs). Este departamento desenvolve programas específicos para cada situação e grupos que exijam diferentes tipos de cuidados, por meio de áreas técnicas. Atualmente a estratégia para atender estas diferentes situações tem sido as Redes de Atenção.



Por exemplo, para a saúde da mulher e da criança de 0 a 24 meses temos a Rede Cegonha, para pessoas com deficiência, a Rede de Reabilitação. Em saúde mental e drogas, temos a Rede de Atenção Psicossocial.

(7) É a Portaria 4.279, de 30/12/2010, que estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção a Saúde no âmbito do SUS. É importante também saber da legislação que rege os direitos da pessoa nas principais fases e situações de vida, para as quais o SUS articula seus programas e estratégias:

- saúde da criança e do aleitamento materno: Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90;
- saúde do adolescente e do jovem: Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90;
- saúde da mulher: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha;
- saúde mental, álcool e outras drogas: amparada pela Lei 10.216/2001;
- saúde do idoso: Estatuto do Idoso: Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003;
- saúde da pessoa com deficiência: Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000; Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009, que promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência;
- saúde no sistema penitenciário: Portaria Interministerial de 1777 de 9 de setembro de 2003;
- saúde do homem: Portaria MS/GM nº 1.944, de 27 de Agosto de 2009;
- saúde do trabalhador - Portaria nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998;

Estas Redes são conjuntos de ações e serviços de saúde que garantem atendimento a todas as pessoas que procuram por cuidado, reguladas por legislação e normas específicas (7). Com isto cada município constrói sua Rede com apoio do governo federal e estadual e cria suas regras, mas esta Rede precisa ser fiscalizada pelas pessoas que usam o SUS.

Assim, além dos direitos e deveres específicos da atenção em saúde mental e drogas, há direitos que possibilitam o cidadão garantir a integralidade da assistência em saúde, como a saúde da mulher, do homem, do idoso etc. Em primeiro lugar, **é dever dos trabalhadores da saúde mental e drogas criar oficinas, grupos de discussão e outros dispositivos educativos sobre os cuidados gerais de saúde nos serviços de atenção psicossocial, bem como monitorar a saúde geral de seus usuários e agenciar os encaminhamentos necessários** para os serviços locais do SUS. Por outro lado, e em segundo lugar, **as pessoas com transtorno mental ou com problemas decorrentes do uso de drogas, e particularmente os seus familiares, têm o dever de buscar entender, com ajuda dos trabalhadores de saúde e saúde mental, que cuidados e serviços são importantes e necessárias para a sua saúde, além de conhecer a rede de serviços no território onde vivem.** Tão logo identifiquem alguma necessidade específica, devem pedir ao serviço de saúde mental e drogas que faça o encaminhamento oficial para estes serviços, com garantia de acesso, principalmente para aqueles que fazem a prevenção e o acompanhamento nas áreas mais importantes para sua saúde pessoal e familiar.

Não há dúvidas de que as áreas de clínica geral, cardiologia, ginecologia e urologia, pediatria e nutrição representam os maiores e mais frequentes riscos para a saúde e para a própria vida dos usuários da saúde mental e drogas. Muitos destes problemas podem não apresentar sinais claramente perceptíveis pela própria pessoa, como em inúmeros casos de hipertensão (pressão alta), colesterol alto no sangue, diabetes, câncer etc, e muitos destes quadros podem significar risco de morte ou provocar sequelas graves para o resto da vida.

Infelizmente, no Brasil, não são raros os casos de usuários da saúde mental e drogas que conquistaram níveis muito avançados de reabilitação nestes campos específicos, mas que tiveram sua saúde negligenciada ou os serviços locais do SUS dificultaram o acesso aos tratamentos imprescindíveis para eles, levando ao agravamento do quadro, e até mesmo à morte. Como a própria existência do transtorno ou dos problemas decorrentes do uso de drogas dificultam o auto cuidado e estimulam o preconceito e a discriminação já existente na sociedade, muitos destes usuários e seus familiares encontram ainda mais problemas para identificar estas necessidades e para conquistar este acesso. Assim, é um dever dos serviços de saúde mental e drogas buscarem garantir a integralidade do cuidado geral em saúde geral de seus usuários. E é também um dever dos usuários e familiares discutirem o tema e lutarem juntos com os trabalhadores para conquistar este direito.

2.6) Como avaliar a oferta adequada de serviços para cada necessidade específica em saúde em um município ou região

Muitos municípios chegam a oferecer um perfil variado de serviços de saúde para a sua população, mas ainda assim assistimos frequentemente a filas enormes de atendimento e a longas listas de espera para procedimentos específicos. Isto ocorre geralmente quando o número de serviços de uma área específica de saúde é inferior às necessidades daquela população. Como podemos avaliar esta situação em cada município ou região?

As universidades e o próprio SUS realizam pesquisas sobre a frequência média de cada doença, procedimento ou de uma necessidade de saúde na população brasileira, e estabelecem critérios para a oferta adequada de serviços, que são chamados de "parâmetros de cobertura assistencial em saúde". A norma mais recente do SUS sobre o tema é a Portaria 1101/GM de 2002.

Como funcionam estes parâmetros? Vamos dar apenas um exemplo aqui, com a forma mais simples utilizada pela portaria para calcular um tipo de serviço a ser oferecido à população, no caso, o número de consultas médicas em serviços ambulatoriais, para um suposto município com 10.000 habitantes. Precisamos fazer então uma conta simples:

Total ideal de uma ação ou serviço = população do município ou região X parâmetro de atendimento sugerido pela portaria.

Total da Ação = 10.000 hab. X 2 a 3 consultas por cada habitante por ano.

Neste caso, um município com 10.000 habitantes deve então ser capaz de oferecer a cada ano cerca de 20.000 a 30.000 consultas ambulatoriais.

Desta forma, é possível cada cidadão ou grupo de usuários estimar a oferta ideal de um serviço ou procedimento específico para cada município ou região. Procure conhecer a Portaria 1101/GM de 2002 e faça exercícios calculando alguns parâmetros assistenciais de seu interesse, para o conjunto da população de sua cidade.

2.7) O controle social no SUS: o direito à participação na orientação geral, nas decisões e na fiscalização do sistema de saúde

O SUS é o nosso sistema para cuidarmos da nossa saúde. Sabemos que para fortalecê-lo precisamos conhecer e participar de suas decisões, e não procurá-lo apenas quando estamos doentes. Para contribuir com a qualidade do SUS, temos os Conselhos de Saúde, espaço onde a população participa, formula, toma as principais decisões e exerce a fiscalização das políticas de saúde. Periodicamente, são previstas também as Conferências de Saúde, que conferem e propõem diretrizes políticas da saúde para cada distrito de saúde, município, estado e união federal. Esta organização dos órgãos de participação no SUS foi estabelecida na Lei nº 8.142, de 1990, com base na Constituição, e depois foi novamente regulamentada pela Resolução nº 453, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.



✓ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...] III - participação da comunidade. (1)

A participação dos cidadãos, por meio de representantes da sociedade civil organizada, auxilia na definição, formulação e fiscalização/controle do cumprimento das políticas para o Setor Saúde, exercendo, em seu nome e de todos que representa, o direito à participação da construção do SUS. Assim, o direito e o dever da participação política dos cidadãos são exercidos no SUS por meio do *Controle Social na Saúde*, pois cuidar do SUS é participar dele!

(1) Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Como podemos participar deste processo? Vejamos algumas sugestões:

- procurar se informar como funciona o sistema de saúde na região onde vive, tanto em informação escrita (cartilhas de direitos, leis, etc), como no rádio, televisão e na Internet;
- conversar com seus vizinhos, amigos e conhecidos sobre os problemas de saúde e dos serviços a que têm acesso na área onde moram ou trabalham, colhendo sugestões sobre como podem melhorar essa assistência;
- se informar sobre a existência e participar de grupos, associações de moradores, associações de usuários e familiares, bem como de movimentos sociais ligados à saúde e saúde mental, para estar sempre trocando experiências, se informando e realizando ações coletivas para melhoria da assistência em saúde;
- saber na unidade local de saúde sobre o **conselho de saúde** do bairro e de como participar dele;
- identificar quais serviços de saúde possuem **ouvidorias**, e como ter acesso a elas;
- identificar alguém que já é conselheiro de saúde e conversar sobre o seu papel no conselho de saúde;
- buscar ter acesso, ler individualmente ou em grupo e divulgar os relatórios das conferências de saúde e de saúde mental; verificar se as propostas feitas nestes relatórios são colocados na prática;
- entender como e onde a arrecadação de seus impostos está sendo revertida em saúde e como este financiamento na saúde está sendo utilizado;
- acompanhar a prestação de contas do dinheiro público na saúde através dos conselhos de saúde.

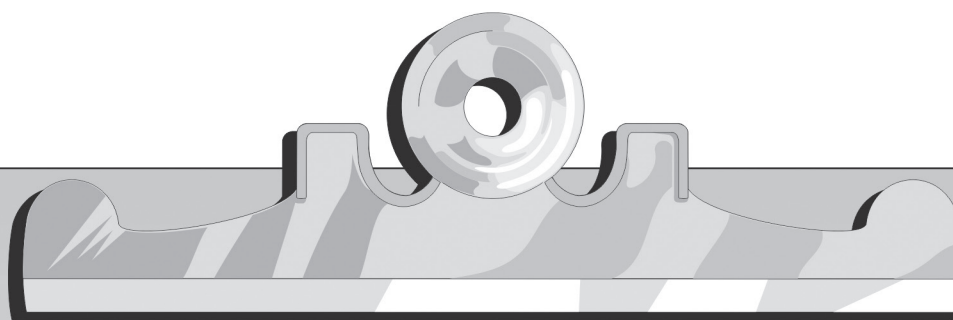
Conselho de Saúde: Para participar do conselho de saúde vá ao posto de saúde mais próximo de sua casa e pergunte sobre as reuniões. Cada conselho de saúde possui seu regimento interno ou sua regra de organização, mas seguem a Resolução nº 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este documento descreve o que faz o conselho e como tornar-se um conselheiro de saúde. Lembramos que os conselheiros de saúde são representantes de seguimentos e escolhidos por eleição. Os seguimentos são os usuários do SUS e representantes da sociedade civil, que representam metade de todas as vagas, e a outra metade é dividida entre profissionais, gestores e prestadores de serviços. Isto é o que chamamos de paridade!

Ouvidorias: são instâncias de participação, ao lado dos conselhos e das conferências, que buscam fazer a interação entre os serviços de saúde e seus usuários. Por isso, recebem e respondem às reclamações, sugestões, denúncias, elogios ou solicitações de informações apresentadas pelos usuários e/ou seus familiares. Esse diálogo entre o serviço de saúde e seus usuários possibilita que as manifestações recebidas sejam utilizadas pelos gestores e sua equipe para identificar falhas e melhorar a qualidade do atendimento e do serviço prestado a população. Por outro lado, ao apontar os problemas, as falhas e as qualidades do serviço de saúde do SUS, o usuário e seus familiares estão exercendo sua cidadania, por meio do controle social e da participação popular. Assim, as ouvidorias - do SUS e dos próprios serviços de saúde, se ele dispuser dessa instância - são um importante instrumento democrático e de garantia de direitos fundamentais dos cidadãos. Este tema das ouvidorias será retomado no sexto capítulo deste manual.

- ✓ **Art. 434 (Anexo):** O Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, obedecerá ao disposto neste Regulamento. (10)

“Nada sobre nós sem nós!” Segundo o Art. 437 da Portaria nº 2.048 de 2009, que regulamenta os grupos técnicos de organização e acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental, estes grupos **não possuem usuários e familiares em sua composição**. Vale a reflexão sobre o que defende o movimento de deficientes dos Estados Unidos: “Nada sobre nós sem nós!”

⁽¹⁰⁾ Portaria nº 2.048 de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).



Tarefas:

Tarefa 1: Reúna-se em grupo e vá na Assembléia Legislativa de seu Estado ou na Câmara de Vereadores de seu município adquirir uma Constituição Federativa do Brasil. Se ela não estiver disponível, procure obtê-la na biblioteca pública, ou buscando-a na Internet. Leia com seus colegas todos os artigos, do 6º ao 11º mencionados aqui, e reflita com eles como o seu governo municipal vem oferecendo serviços de saúde à população!

Tarefa 2: Busque ter acesso e leia a Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, do Ministério da Saúde, no endereço abaixo da Internet, e discuta entre os amigos como estes direitos estão sendo colocadas na prática. Discuta com seus companheiros sobre as várias formas possíveis de divulgar e utilizar bem esta carta no campo da saúde mental e da atenção psicossocial.

Onde obter: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf

Tarefa 3: Se você participa de um serviço de atenção psicossocial, reúna seus colegas usuários e familiares, para conhecer e participar dos grupos de discussão, das oficinas e dos demais dispositivos de educação em saúde e de acompanhamento da saúde geral dos usuários deste serviço. Se eles não existirem neste serviço, discutam com os trabalhadores a seção sobre o tema neste capítulo, e a necessidade deste serviço criar tais dispositivos.

Tarefa 4: Junte sua turma e converse sobre os serviços de saúde de sua cidade ou região. Avalie o acesso a eles, os recursos humanos disponíveis, o tempo de espera, as condições materiais para atendimento, e se os serviços resolvem ou encaminham bem o que vocês precisam. Depois, avalie se a oferta dos principais serviços de saúde seguem os parâmetros da Portaria 1101 de 2002, fazendo as contas indicadas neste capítulo e na portaria. E finalmente, busque resumir quais são as fortalezas e as fragilidades da rede de saúde do SUS de sua cidade ou região.

Tarefa 5: Junte seus amigos, se informem e busquem assistir a uma reunião do Conselho de Saúde de sua cidade ou distrito sanitário. Procurem ter acesso e conhecer o relatório da última conferência de saúde e de saúde mental de sua cidade e do país, e quando houver conferências, participe delas!



CAPÍTULO 3

Direitos e deveres específicos na atenção psicossocial, às pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, e a seus familiares



Vimos, no capítulo 1, os direitos humanos e fundamentais da pessoa com sofrimento ou transtorno mental, e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, bem como de seus familiares. No capítulo 2 falamos sobre os direitos e deveres dos usuários e familiares na assistência à saúde em geral. Lembramos que os direitos e deveres apresentados neste último também valem para o campo da saúde mental, álcool, crack e outras drogas.

Agora, neste capítulo 3, abordaremos com mais detalhes os direitos e deveres específicos do campo da saúde mental e atenção psicossocial, que compreende a assistência às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, bem como a seus familiares. Assim, cada pessoa, familiar ou grupo de pessoas poderá se informar melhor e fazer valer não só seus direitos e deveres já consolidados na comunidade local, na rede de serviços e na sociedade em geral, como também conhecer melhor aqueles direitos e deveres ainda por avançar ou conquistar.

1) Direito a serviços e programas de atenção psicossocial que assumam a luta contra a discriminação e que tratem usuários e familiares com humanidade e respeito a sua dignidade humana

A história de vida de cada pessoa envolve amizades, relações familiares, profissionais e amorosas, que nos fazem vivenciar sentimentos positivos, como alegria e amor, mas também negativos, como raiva, angústia e ressentimento, o que pode gerar grande sofrimento em algum momento da sua vida. Por outro lado, nos relacionamos também com nossas sensações e emoções internas, que se revelam nas ideias, na imaginação, nos sonhos e pesadelos, nas angústias, nos sintomas corporais etc. Em algumas dessas situações, podemos sofrer tanto, a ponto de não sabermos explicar o

que está acontecendo. Podemos vivenciar isso calados ou falantes, mas frequentemente com desconforto físico e psíquico. Às vezes, esta experiência faz a gente ouvir vozes, ver coisas estranhas, falar sozinho, andar sem parar ou ficar em silêncio total. Essa situação pode ser passageira, mas pode também durar mais tempo, ou ser tão intensa a ponto de a pessoa perder o controle dos seus atos e da sua vida. Aí, não dá mais conta de lidar sozinha com a situação ou com as tarefas da vida. Neste caso, é possível que a pessoa esteja apresentando um transtorno mental, e esteja vivendo uma **crise**.

Por outro lado, o uso de álcool e outras drogas acontece, para a maioria absoluta da população, em momentos pontuais de alegria e sociabilidade, sem maiores problemas e danos. Contudo, para algumas pessoas, este uso pode provocar dependência física e psicológica, e a busca de novas doses pode se transformar no objetivo principal da vida no presente, prejudicando as relações familiares e sociais, o trabalho, as atividades educativas etc.

Para cuidar das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, existe a rede de atenção psicossocial do SUS, que busca concretizar seus direitos e tentar garantir sua **dignidade humana**. Por isso, neste capítulo, apresentaremos os direitos e deveres envolvidos nas questões próprias da saúde mental, álcool, crack e outras drogas, e como eles podem ser transformados em realidade no cotidiano desses serviços.

Dignidade Humana é uma qualidade da pessoa humana que lhe garante reconhecimento e a proteção de seus direitos pela Constituição brasileira, tratados e convenções internacionais. Entre estes direitos estão o de ser tratada como cidadã, com respeito, tolerância, sem discriminação, e ter atendidas as suas necessidades humanas básicas, inclusive em saúde mental, tais como acesso contínuo a serviços e ao melhor tratamento disponível, incluindo a medicação adequada. Reforçamos que a condição de pessoa está acima de qualquer característica, fato, situação existencial ou de crise mental. Logo, a pessoa com sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, mesmo que esteja agitada ou se comportando de forma estranha, é antes de mais nada um ser humano, possuidor de direitos. E assim deve ser tratada pelos profissionais e serviços da rede de atenção psicossocial!



- ✓ Princ I; Art 2: Todas as pessoas com problemas mentais ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com **humanidade e respeito à dignidade humana**.

Princ I, Art 4: Não haverá discriminação sob alegação de transtorno mental. “Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas mentais não serão consideradas discriminatórias (...).

Princ IV, Art 2: A determinação de um transtorno mental nunca deverá ser feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa. Art 3: Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não-conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa. Art 4: Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de quadro de transtorno mental. (1)

- ✓ ART 4 / 1.Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência. (2)
- ✓ 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 Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: 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; (3)

2) Direito a uma rede diversificada de assistência e tratamento, para diferentes necessidades psicossociais, e que assegure os direitos fundamentais da pessoa e da cidadania

Os usuários e familiares que fazem uso da rede de serviços de saúde mental, álcool, crack e outras drogas são antes de tudo cidadãos, ou seja, têm direito a ter direitos. Por isso, dentro dos serviços de atenção psicossocial, o primeiro passo para o respeito à dignidade humana e a não discriminação das pessoas é reconhecer que elas têm os mesmos direitos que qualquer outro cidadão, e garantir que esses direitos sejam respeitados por todos.

Assim, para que os direitos destas pessoas e de seus familiares sejam respeitados, a assistência e tratamento em saúde mental, álcool, crack e outras drogas deve ser ofertada por uma rede diversificada de serviços, de base comunitária, e próxima à casa da pessoa ou de seu(s) familiar(es).

Em nosso país, a norma mais recente do SUS que descreve a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, até o momento em que se escreve este manual, em 2014, é a Portaria 3088, de 2011, que já foi indicada no capítulo anterior. Se recomenda fortemente conhecer o conteúdo desta portaria, particularmente a descrição dos vários tipos de serviço, e para isso basta colocar “Portaria 3088 de 2011” em uma pesquisa na Internet. Para o leitor ter pelo menos uma ideia geral da rede proposta nesta portaria, reproduzimos no Quadro 1 o esquema básico de serviços indicados para cada tipo de atenção psicossocial descrito na RAPS. Aos interessados na descrição de cada serviço, sugerimos o texto da própria portaria.

(1) Carta sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental da ONU.

(2) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, aprovada pelo Congresso Nacional brasileiro por meio do Decreto nº 186, de 09/07/2008, conforme o procedimento do parágrafo 3º do art. 5º da Constituição, e promulgado pela Presidência da República em 25/08/2009.

(3) Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira).

Quadro 1: Serviços específicos para cada tipo de atenção na Rede de Atenção psicossocial - RAPS
(Portaria MS 3088, de 2011)

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio a Saúde de 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.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192, • Sala de Estabilização, • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Leitos de SM no Hospital Geral
Estratégia 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

✓ Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - Combate a estigmas e preconceitos; IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - Diversificação das estratégias de cuidado; VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e VI - Reabilitação Psicossocial .(4)

(4) Portaria MS 3088 de 2011.

É esta variedade de serviços que permite receber a pessoa que precisa de tratamento em qualquer momento ou nas várias situações de seu processo de adoecimento e sofrimento. Por exemplo, se precisar de mais cuidados intensivos, como ter que passar a noite internada, a pessoa deverá ser encaminhada para os serviços especializados da rede de saúde mental, tais como o CAPS do tipo III, aberto 24 horas e 7 dias por semana, ou para hospitais gerais com leito psiquiátrico, ou para uma unidade de acolhimento ou serviço residencial provisório.

Vale lembrar que, qualquer que seja o serviço, o usuário sempre deverá ser tratado com respeito e como um sujeito de direitos, não podendo, em qualquer circunstância:

- sofrer abuso ou exploração por parte de outros usuários, familiares ou profissionais;
- ser privado da sua liberdade (internado) contra sua vontade e sem explicação, a não ser quando há risco para si ou para outras pessoas, condições que serão discutidas no quarto capítulo, sobre as diversas formas de acolhimento e internação;
- ser tratado ou internado em locais em que sua saúde e segurança sejam postas em risco por falta de estrutura física, recursos terapêuticos e profissionais qualificados.



- ✓ Princ 9/ art 1: Todo usuário terá direito a ser tratado no **ambiente menos restritivo possível**, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros. Princ 8 / Art 2: Todo usuário será **protegido de danos**, inclusive medicação não justificada, **de abusos** por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico. (1)
- ✓ ART 12/4.Os Estados Partes assegurarão que todas as medidas relativas ao exercício da capacidade legal incluam salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos, em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos. Essas salvaguardas assegurarão que as medidas relativas ao exercício da capacidade legal respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida, sejam proporcionais e apropriadas às circunstâncias da pessoa, se apliquem pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente e imparcial. As salvaguardas serão proporcionais ao grau em que tais medidas afetarem os direitos e interesses da pessoa. Art15. 1.Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, nenhuma pessoa deverá ser sujeita a experimentos médicos ou científicos sem seu livre consentimento. 2.Os Estados Partes tomarão todas as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Art 16. 1.Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas de natureza legislativa, administrativa, social, educacional e outras para proteger as pessoas com deficiência, tanto dentro como fora do lar, contra todas as formas de exploração, violência e abuso, incluindo aspectos relacionados a gênero. 2.Os Estados Partes também tomarão todas as medidas apropriadas para prevenir todas as formas de exploração, violência e abuso, assegurando, entre outras coisas, formas apropriadas de atendimento e apoio que levem em conta o gênero e a idade das pessoas com deficiência e de seus familiares e atendentes, inclusive mediante a provisão de informação e educação sobre a maneira de evitar, reconhecer e denunciar casos de exploração, violência e abuso. Os Estados Partes assegurarão que os serviços de proteção levem em conta a idade, o gênero e a deficiência das pessoas. 3.A fim de prevenir a ocorrência de quaisquer formas de exploração, violência e abuso, os Estados Partes assegurarão que todos os programas e instalações destinados a atender pessoas com deficiência sejam efetivamente monitorados por autoridades independentes. 4.Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para promover a recuperação física, cognitiva e psicológica, inclusive mediante a provisão de serviços de proteção, a reabilitação e a reinserção social de pessoas com deficiência que forem vítimas de qualquer forma de exploração, violência ou abuso. Tais recuperação e reinserção ocorrerão em ambientes que promovam a saúde, o bem-estar, o auto-respeito, a dignidade e a autonomia da pessoa e levem em consideração as necessidades de gênero e idade. 5.Os Estados Partes adotarão leis e políticas efetivas, inclusive legislação e políticas voltadas para mulheres e crianças, a fim de assegurar que os casos de exploração, violência e abuso contra pessoas com deficiência sejam identificados, investigados e, caso necessário, julgados. (2)
- ✓ Lei 10.216 Art. 2º. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (3)

(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

(2) Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foi adotada em 2006 e entrou em vigor em 3 de maio de 2008.

(3) Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

3) Direito a uma atenção psicossocial integral e intersetorial

Como vimos no capítulo anterior, para o campo geral da saúde, também as necessidades de suporte psicossocial dependem das características específicas de cada pessoa ou de grupos sociais particulares, que variam de acordo com:

- a) *com a idade, etapa do desenvolvimento e geração*: crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos apresentam características próprias de cada uma destas fases de desenvolvimento, e portanto, também necessidades específicas de suporte psicossocial;
- b) *com o sexo, gênero e identidade sexual*: mulheres têm algumas necessidades específicas e diferentes dos homens, e o mesmo se pode dizer dos vários grupos com identidades sexuais próprias;
- c) *com a origem étnica e formas de inserção geográfica, econômica, social e urbana diferenciada na população e no território brasileiro*: grupos populacionais como indígenas, negros e mulatos, quilombolas, ribeirinhos, trabalhadores rurais sem terra, moradores em favelas e comunidades urbanas, pessoas sem teto ou em situação de rua, etc, têm necessidades próprias diferenciadas no campo psicossocial.
- d) *com o quadro particular de sofrimento ou transtorno mental, ou de necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas*;
- e) *com o quadro de situação existencial particular de cada usuário*, que pode incluir necessidades especiais, quadros clínicos particulares, deficiências, doenças crônicas específicas, etc.
- f) *com o perfil de aptidões/gostos singulares e de história de vida de cada usuário*, gerando necessidades de diferentes tipos (educacionais, esportivas, culturais, de trabalho, de moradia, de assistência jurídica etc) e possibilidade de vínculos com diferentes tipos de atividades de reabilitação, que serão expressas no Projeto Terapêutico Singular, a ser discutido a seguir.



A capacidade de mobilizar o máximo de recursos capazes de responder a estas características e necessidades variadas dos diferentes tipos de usuários, familiares e grupos sociais significa buscar uma *atenção integral*, ou como já indicamos, de adotar o *princípio da integralidade*, que tem um valor importante dentro do SUS. Em outras palavras, a rede de atenção psicossocial deve ser capaz de reconhecer e organizar os serviços próprios, ou ainda agenciar outros serviços e dispositivos no território, para prover respostas para todas estas necessidades.

Para alcançar a integralidade, a rede de atenção psicossocial deve se integrar com outras políticas e serviços de saúde, da justiça, transportes, sociais, educacionais, culturais, etc. A este princípio damos o nome de *intersectorialidade*, ou de *atenção intersectorial*.



A partir de 2010, quando foi realizada a *IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial*, reunindo contribuições de conselhos e conferências de centenas de municípios e de todos os Estados do país, a política nacional de saúde mental, álcool, crack e outras drogas adotou oficialmente os princípios da integralidade e da intersectorialidade. Os interessados em conhecer melhor as diversas propostas concretas em cada uma destas outras áreas de política que contribuem para avançar a atenção integral e intersectorial em saúde mental, álcool, crack e outras drogas, basta buscar o acesso na Internet ao Relatório Final da referida conferência. Apesar de não ter poder normativo imediato, este relatório orienta as linhas gerais que a política de saúde mental, álcool, crack e outras drogas deverá ter nos anos seguintes, como uma política de Estado.

Em relação aos direitos sociais, que constituem um componente dos usuários e familiares dos serviços de atenção psicossocial, este manual contém um capítulo específico mais adiante, para descrevê-los com o rigor necessário.

- ✓ Proposta 614. A promoção dos direitos humanos também implica a conquista de direitos sociais mais amplos. A IV Conferência ratifica a necessidade de criar políticas de incentivo e garantir, nas três esferas de governo, o exercício efetivo dos Direitos Universais aos usuários dos serviços de saúde mental e de álcool e drogas, inclusive daqueles em situação de rua, como o de moradia (inclusive nos casos de afastamento do convívio social), transporte, lazer, esporte, educação, cultura, inclusão digital e universalidade, acessibilidade e integralidade à saúde, nas três esferas de governo. Nesta mesma direção, aponta a necessidade da criação de espaços abertos de lazer e cultura nos bairros, e em especial os Centros de Convivência, mediante portaria ministerial, em parceria e com financiamento intersectorial, com as áreas de saúde, educação, assistência social, cultura, comunicação, esporte, lazer, movimentos sociais/associações de familiares e usuários.
- Proposta 615. Ainda neste campo dos direitos sociais, a IV Conferência também ressalta de forma especial a importância da inclusão dos usuários da rede de saúde mental pelo trabalho, estimulando a sua autonomia e autoestima, bem como de isenção tarifária de transporte coletivo municipal e intermunicipal para todos os usuários e seus acompanhantes, inclusive dos serviços de álcool e drogas, que necessitem se deslocar durante seu tratamento. Além disso, é também ratificada a necessidade de garantir os direitos de acesso e à obtenção de documentos pessoais e de se ter acompanhante em todos os casos de internação. (5)

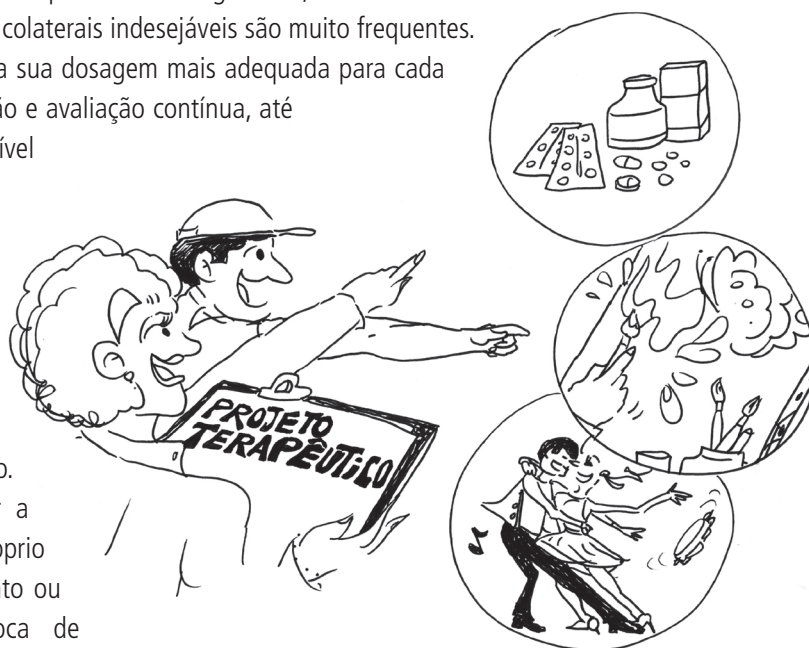
(5) Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial, de 2010.

4) Direito a Projeto Terapêutico Singular revisto regularmente, com participação do usuário e seus familiares

Ao ser acolhido em um serviço de atenção psicossocial, a situação pessoal, familiar, social e de saúde de cada usuário deve ser avaliada com cuidado, ou seja, dentro de um contexto, como subsídio para se definir, juntamente com ele e seus familiares ou representantes, o seu **projeto terapêutico singular**. No caso de uma atenção contínua no tempo, este projeto deve ser também discutido e revisto por toda a equipe do serviço. Ele é singular, pois entende que cada pessoa é única e, portanto os recursos terapêuticos indicados devem respeitar a vontade, as potências, as aptidões, limites e a vontade de cada usuário.

Projeto Terapêutico Singular: constitui um conjunto de atividades organizadas especialmente para desenvolver a recuperação de cada uma das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Este projeto deve levar em conta o quadro clínico, a história, a situação familiar e de suporte social, e as necessidades e interesses particulares de cada pessoa. A escolha das atividades deve ser de comum acordo com o usuário, com participação da família ou representante pessoal, e com base em uma discussão de toda a equipe profissional.

Nos projetos terapêuticos singulares, um cuidado especial deve ser tomado em relação à **medicação**. Os psicofármacos, o tipo de remédios usados em saúde mental, produzem seus efeitos de forma muito diferenciada em cada pessoa, e afetam todas as esferas de principais vida: energia vital, atividade física e mental, sono, alimentação, peso, etc. Os efeitos colaterais indesejáveis são muito frequentes. Assim, a indicação dos fármacos específicos e a sua dosagem mais adequada para cada pessoa constitui um processo de experimentação e avaliação contínua, até a sua estabilização, no melhor nível possível atingido junto a cada usuário. Isto requer um processo de encontros regulares com o psiquiatra ou médico responsável, bem como de avaliação integrada pela equipe profissional de todas as esferas de vida do usuário, no processo mesmo de discussão do projeto terapêutico, principalmente no início do tratamento, até atingir a estabilização. Além disso, mudanças na vida podem gerar a necessidade de revisão da medicação e do próprio projeto terapêutico singular, tanto para aumento ou diminuição das dosagens, como para troca de medicamentos.



- ✓ Princ 9/ Art 2: O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o usuário, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado. (1)
- ✓ Portaria 3088/11 Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do **projeto terapêutico singular**. (4)
- ✓ Art. 7º - Par. único – O tratamento e os cuidados a cada pessoa enferma serão baseados em um plano discutido e prescrito individualmente, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por profissional habilitado. (9)

5) Direito a uma assistência que leve em consideração as necessidades e demandas específicas dos familiares e cuidadores informais, com espaços e dispositivos próprios de atenção nos serviços

Na assistência psiquiátrica convencional do tipo manicomial, centrada na internação, a família ficava de fora do tratamento, geralmente não recebia orientação, e por não saber o que fazer, acabava se limitando a visitas, quando isso era possível. Gradualmente, pelas dificuldades de distância, de transporte e pelas poucas perspectivas de melhora oferecidas, elas acabavam cada vez mais espaçadas, até a perda total de contato com o serviço e com seu familiar internado.

No comunidade, esta família tende até hoje a ser discriminada, acusada de “transmitir o gene doente”, de não saber educar, de ser omissa, indiferente ou passiva, sendo portanto responsabilizada pela “loucura” ou pelo “vício de drogas” de seu familiar em tratamento. Infelizmente, até mesmo serviços e profissionais de saúde, saúde mental e da atenção psicossocial chegam a reproduzir até hoje esta visão discriminadora e estigmatizante da família. Às vezes, ela pode estar associada também à ideia simplista e negligente de que a família é apenas um auxiliar do tratamento, responsável em seguir as orientações dos profissionais e de dar a medicação “direitinho”.

A reforma psiquiátrica e os serviços antimanicomiais criticam estas visões, buscando, por vários meios, **reconhecer os direitos e necessidades específicas dos familiares e criar dispositivos próprios para responder a estas necessidades**.

- ✓ 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.(3)

(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

(2) Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foi adotada em 2006 e entrou em vigor em 3 de maio de 2008.

(3) Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira).

(4) Portaria 3088 de 2011, que descreve e normatiza a Rede de Atenção Psicossocial no SUS.

(9) Resolução CFM nº 1598/2000 do Conselho Federal de Medicina, que normatiza o atendimento a pessoas com transtornos mentais.

- ✓ Proposta 894. No plano local dos serviços, o fortalecimento da organização de usuários e familiares implica em criar dispositivos de conscientização da população, principalmente dos familiares, sobre a importância da participação dos mesmos no processo de tratamento, assim como sobre as formas de acesso e modos de funcionamento dos serviços. Ao mesmo tempo, exige também implementar políticas públicas explícitas de suporte e assistência psicossocial aos familiares e cuidadores de usuários dos serviços de saúde mental, reconhecendo importância dos mesmos nesse campo. Além disso, é preciso garantir que as equipes dos CAPS e outras unidades de saúde e saúde mental sustentem um diálogo ativo e permanente com os usuários, familiares e cuidadores, fortalecendo os dispositivos internos de participação (assembleias, oficinas, grupos de trabalho, conselho gestor, etc.) e regulamentando os espaços próprios de sua organização, dotados de autonomia e condições próprias de funcionamento.

900. Intensificar o desenvolvimento estratégico de ações educativas, voltadas para grupos de usuários e familiares dos serviços de saúde mental, que incluam a perspectiva da educação popular.

901. Fortalecer as associações de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental, com assessoria escolhida pelas mesmas, de modo a ampliar suas ações.

Em primeiro lugar, é importante que **a atenção psicossocial, os serviços e os profissionais reconheçam o impacto e as necessidades que o sofrimento/transtorno mental ou o uso problemático de drogas têm nas famílias, tendo em vista:**

- a) *A quebra nas expectativas de um futuro saudável*, bonito e bem sucedido para este membro da família.
- b) *O susto e a desorientação por ocasião da primeira crise aguda*, do primeiro diagnóstico, ou das consequências mais severas do uso problemático de drogas. Aos poucos, vão se esgotando os recursos usuais da família para lidar com essas situações, e com isso, vem vergonha, discriminação na comunidade e a *sensação de que "mundo acabou" para a família*, gerando mais dor e isolamento.
- c) *O peso da produção do cuidado no dia a dia*, em termos de tempo de cuidar, sacrifício dos projetos de vida dos cuidadores principais; despesas adicionais em termos de remédios, transporte e serviços de saúde; cansaço e consequências físicas no corpo dos cuidadores; e anulação e estresse psicológico contínuo gerado pelo cuidado todos os dias e pelas dificuldades de relacionamento. Tudo isso fica escondido em uma *visão que individualiza e não discute as bases do dever de cuidar*, na invisibilidade da vida privada, como se fosse uma obrigação "natural" e exclusiva da família, que não poderia ser também socializada e compartilhada com os serviços públicos.
- d) Os aspectos específicos de *sobrecarga e exploração de sexo e gênero associados à produção do cuidado*, que fica geralmente centrado nas mulheres da família: a mãe, a avó, a esposa, a filha, a irmã ou prima(s). Na *cultura machista* que ainda domina nossas sociedades, o papel e as qualidades desejáveis para o cuidado não deveriam ser preocupação dos homens e do jeito masculino de ser. Nesta visão, seria uma função "natural" das mulheres realizar o cuidado informal na família e o cuidado remunerado na sociedade, com salários mais baixos do que nos trabalhos ditos "masculinos".
- e) Os *dilemas emocionais* constantes desencadeados pelos fatores acima, que podem provocar nos cuidadores isolamento, cansaço, revolta, culpa, e as usuais estratégias de transformar a própria vida em um poço de lamentações (auto-piedade e/ou vitimização), como forma de obter alguns ganhos adicionais no contexto de tantos desafios.

- f) O *esforço de buscar informação, orientação e estratégias de lidar*, com os inúmeros problemas que aparecem no cotidiano, e que vão muito além daquilo que aparece na orientação dada normalmente pelos profissionais nos serviços. Na maioria das vezes eles não “vivem na pele” os muitos “paus que fazem a canoa” do cuidar na família e na vida social de quem está em tratamento psicossocial.
- g) O *alto custo de cuidadores remunerados*, que felizmente tiveram seus direitos trabalhistas e previdenciários reconhecidos no Brasil. Porém, isso os tornou ainda mais inacessíveis para a maioria absoluta das famílias no país, em um contexto de *ausência de programas públicos que dividam este custo com as famílias* em nosso país.



Para que seja possível este reconhecimento dos processos específicos e das necessidades dos familiares nos serviços de atenção psicossocial, estes temas devem ser incluídos na formação profissional, na educação permanente e no processo de supervisão dos trabalhadores e profissionais da rede.

Além deste reconhecimento, a concretização dos direitos dos familiares requerem que os serviços criem **dispositivos próprios para responder a estas necessidades e direitos. Entre eles, podemos citar:**

- nos serviços de emergência, ou nos primeiros atendimentos na atenção psicossocial, é fundamental criar *espaços diferenciados para a escuta específica da versão e das demandas próprias da família;*
- na *discussão do projeto terapêutico singular e em suas reavaliações regulares*, a consulta e a participação dos familiares é fundamental;
- as *unidades de acolhimento e de atenção à crise, com leitos e acolhimento noturno, os esquemas de férias supervisionadas, bem como os serviços residenciais terapêuticos*, são fundamentais para permitir períodos de “folga” para a família, particularmente nos momentos de crise;

- d) no dia a dia dos serviços, as *assembleias* de usuários e familiares são momentos importantes para que os familiares exponham suas necessidades e propostas, bem como para os trabalhadores poderem explicar a dinâmica do serviço e de como os familiares podem nele se inserir.
- e) as *informações sobre as formas de inserção e participação dos familiares* devem ser escritos em linguagem simples e estar disponíveis em folhetos, cartilhas e cartazes visíveis em local de fácil acesso na entrada dos serviços, bem como na informação disponível na Internet.
- f) os *grupos de orientação específicos e o atendimento individualizado de familiares* possibilitam um importante canal direto de escuta e troca entre eles e os profissionais, mas não inteiramente suficiente;
- g) os *grupos de ajuda e suporte mútuos*, bem como as *associações de usuários e familiares*, na perspectiva da autonomização e do empoderamento, tema da próxima seção, possibilitam a troca de experiências sobre as estratégias de lidar no dia a dia, o apoio e a cumplicidade emocional, a criação de redes de suporte mútuo entre familiares, etc.
- h) nos *eventos, seminários e conferências sobre saúde mental e atenção psicossocial*, e *particularmente nos conselhos e eventos do controle social do SUS*, é preciso reservar sempre lugares para que as lideranças de familiares possam expor por si mesmos o ponto de vista e a experiência própria dos familiares.



6) Direito a formas de assistência e tratamentos que estimulem o protagonismo, a autonomia e o empoderamento de usuários e familiares

Como vimos, o Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de atividades organizadas especialmente para desenvolver a recuperação de cada uma das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de drogas. A escolha das atividades deve ser de comum acordo com o usuário, com a participação da família, e com base em uma discussão de toda a equipe profissional. Entretanto, é possível avançar ainda mais. As atividades terapêuticas devem ter sentido na vida das pessoas, devem motivá-la a querer ficar melhor, ampliar seu grupo de amigos e vínculos sociais. Além disso, a participação nos grupos de trabalho, nas assembleias, na vida social e comunitária e na cidade buscam, particularmente, aumentar sua *autonomia pessoal*, ou seja, seu **empoderamento**! Este tema será retomado no sexto capítulo deste manual.



Empoderamento pode ser entendido como o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”. Em geral, a experiência da crise mental ou uso contínuo de drogas leva a uma enorme insegurança pessoal, à discriminação pela comunidade e a dificuldades em cumprir as expectativas da sociedade, com algumas limitações que podem perdurar durante toda a vida. Muitas pessoas acabam interrompendo suas atividades, se isolando em casa ou perdendo vínculos sociais mais próximos. Outras vezes, o tratamento em instituições fechadas, sem liberdade, reforçam ainda mais esta insegurança e esta tendência ao isolamento. As estratégias de empoderamento envolvem usuários e familiares, e buscam desenvolver o auto-cuidado, a ajuda e o suporte mútuos, a criação de amizades e vínculos sociais mais solidários, a capacidade de lutar contra a discriminação, e a defesa dos direitos na família, comunidade, na cidade e na própria assistência em saúde mental. Há também projetos específicos para empoderar os usuários e familiares para melhorar a sensibilidade quanto aos efeitos dos psicofármacos, e para negociar bem a sua indicação junto aos médicos. Nos locais onde vem sendo implementadas, elas são capazes de gerar uma vida pessoal e social rica, ativa e com participação social. Mesmo com as limitações e sintomas gerados pelo transtorno ou uso contínuo de drogas, é possível aprender a lidar cada vez melhor com eles no dia a dia, reforçando as potencialidades e competências mais positivas das pessoas. Desta forma, aos poucos, é possível ir ampliando a esfera de liberdade, de circulação e de atividades que se pode desenvolver com sucesso, com cada vez maior autonomia individual ou em grupos. Portanto, é direito do usuário e de seus familiares que os serviços e profissionais de atenção psicossocial conheçam e coloquem à disposição estas estratégias de empoderamento e de aumento da autonomia.



- ✓ Princ 10/ Art 4 O tratamento de cada usuário deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal. (1)
- ✓ Art 4/3. Na elaboração e implementação de legislação e políticas para aplicar a presente Convenção e em outros processos de tomada de decisão relativos às pessoas com deficiência, os Estados Partes realizarão consultas estreitas e envolverão ativamente pessoas com deficiência, inclusive crianças com deficiência, por intermédio de suas organizações representativas. (2)
- ✓ Art. 2º, I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas (4)
- ✓ Proposta 890. O aprofundamento do processo de reforma psiquiátrica requer fortalecer a organização e mobilização dos usuários e familiares em toda a rede de saúde mental, nas políticas intersetoriais e na sociedade em geral.
Proposta 898. Implantar, nos serviços de saúde mental, metodologias específicas de grupos, empoderamento, psicoeducação, conhecimento do uso de medicamentos, grupos de ajuda mútua, e plano/cartão de crise para os usuários, valorizando sempre os usuários, sua autonomia e autoestima, e objetivando de forma ampla a conquista dos direitos de cidadania. (5)

7) Direito de acesso livre, gratuito e equitativo ao tratamento e o respeito à cultura dos usuários e ao modo de vida vigente na comunidade

O acesso livre, gratuito e igual a serviços de saúde, saúde mental, álcool, crack e outras drogas, constitui um direito de todo cidadão brasileiro, conquistado e reconhecido na Constituição Federal de 1988 e depois, como princípio do próprio SUS, como vimos no capítulo 2 deste manual. Entretanto, a garantia deste acesso depende também de outros fatores importantes, e nem sempre tão visíveis à primeira vista.

Cada pessoa possui hábitos, costumes, linguagens (por exemplo, os indígenas possuem idiomas próprios), formas de se relacionar e de falar conforme sua região de origem. Por vezes, as pessoas se sentem mais acolhidas e compreendidas em um espaço que respeita sua cultura, como, por exemplo, o bairro em que se mora ou sua cidade natal. Ser retirado de um espaço familiar e de sua comunidade, e ser tratado em um lugar restrito e desconhecido, pode ser uma violência. Assim, a reforma psiquiátrica propõe que a pessoa deve ser tratada, preferencialmente, em serviços de atenção psicossocial na própria comunidade, como na rede de Saúde da Família, nos CAPS ou em outros serviços de base territorial.

Um serviço próximo à moradia permite também melhorar o acesso, pois poderemos chegar mais rapidamente, por caminhos que conhecemos melhor. Isso é muito importante em atenção psicossocial, pois nem sempre é possível se prever o momento em que vamos precisar de cuidado. Além disso, um serviço mais perto de nossa casa permite que possamos conhecer melhor e com antecedência os profissionais que lá trabalham, e desenvolver uma confiança mútua neste processo. E depois, como são tratamentos prolongados, é também mais fácil estabelecer a sua continuidade, com menor custo e tempo de deslocamento e transporte.

Na Amazônia, na zona rural e particularmente nas cidades médias e grandes, o acesso aos serviços de atenção psicossocial depende muito dos meios de transporte para se chegar até eles, ou até mesmo de serviços ambulantes que visitem regularmente cada comunidade, como acontece em longo de alguns rios da região. Nas demais situações acima, é fundamental garantir o direito a passes livres ou vale-transporte no transporte municipal, intermunicipal e interestadual, para que os usuários, familiares ou acompanhantes possam frequentar os serviços com a regularidade necessária.

(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

(2) Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foi adotada em 2006 e entrou em vigor em 3 de maio de 2008.

(4) Portaria 3088 de 2011, que descreve e normatiza a Rede de Atenção Psicossocial no SUS.

(5) Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, de 2010.



O acesso em condições de igualdade a serviços de atenção psicossocial, às vezes, pode ser prejudicado também pelo estado de situação-limite em que se encontra momentaneamente o usuário, em crise aguda ou ainda sob efeito de drogas, em condições precárias de higiene, ou sem documentos. As equipes destes serviços devem estar capacitadas previamente para lidar de forma adequada com estas situações, garantindo a igualdade e a não discriminação no atendimento.

Outras vezes, as próprias instalações físicas dos serviços podem constituir obstáculos para grupos específicos de pessoas. Por exemplo, escadas podem restringir o acesso para pessoas que possuem alguma deficiência física, doenças degenerativas das articulações e membros inferiores, ou mesmo para idosos. Outras vezes, o ambiente em que o serviço se encontra também pode gerar obstáculos, como proximidade de ruas e avenidas muito movimentadas e perigosas, passarelas, ou mesmo ocorrência frequente de violência. Dispositivos e tecnologias para lidar com todos estes obstáculos estão hoje disponíveis, e devem ser garantidas pelos serviços de atenção psicossocial

- ✓ Princ 7. Todo usuário terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive. 1. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o usuário terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível. 2. Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural. (1)

(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

- ✓ Art 9 /1. A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural. Essas medidas, que incluirão a identificação e a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade, serão aplicadas, entre outros, a: a) Edifícios, rodovias, meios de transporte e outras instalações internas e externas, inclusive escolas, residências, instalações médicas e local de trabalho; b) Informações, comunicações e outros serviços, inclusive serviços eletrônicos e serviços de emergência.
/2. Os Estados Partes também tomarão medidas apropriadas para: a) Desenvolver, promulgar e monitorar a implementação de normas e diretrizes mínimas para a acessibilidade das instalações e dos serviços abertos ao público ou de uso público; b) Assegurar que as entidades privadas que oferecem instalações e serviços abertos ao público ou de uso público levem em consideração todos os aspectos relativos à acessibilidade para pessoas com deficiência; c) Proporcionar, a todos os atores envolvidos, formação em relação às questões de acessibilidade com as quais as pessoas com deficiência se confrontam; d) Dotar os edifícios e outras instalações abertas ao público ou de uso público de sinalização em braille e em formatos de fácil leitura e compreensão; e) Oferecer formas de assistência humana ou animal e serviços de mediadores, incluindo guias, leitores e intérpretes profissionais da língua de sinais, para facilitar o acesso aos edifícios e outras instalações abertas ao público ou de uso público. (2)
- ✓ Art. 2º. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (3)
- ✓ 641. Estabelecer mecanismos para maior articulação e equidade da rede de serviços de saúde, para que pessoas em sofrimento psíquico tenham atendimento equânime na referida rede, em especial em situações limite, como em surto e/ou desacompanhado, sem documentação pessoal, em condições precárias de higienização e/ou em estado de uso abusivo de álcool e outras drogas.
642. Garantir que o Ministério da Saúde se articule com o Ministério do Transporte e as Secretarias de Transporte, visando à isenção tarifária de transporte coletivo municipal e intermunicipal para todos os usuários que necessitam se deslocar durante seu tratamento, assim como ao seu acompanhante, a partir de parecer psicossocial da equipe de saúde, conforme projeto terapêutico individual. Em caso de eventual indeferimento de pedido individual, que o recurso seja submetido a uma junta interdisciplinar criada para isso, também de natureza psicossocial.
643. Garantir por parte do município o acesso e a permanência no tratamento dos usuários de serviços de saúde mental e de álcool e outras drogas, bem como direito ao transporte, através de parcerias para provisão direta de transporte adequado e/ou disponibilização de vales transportes, segundo as necessidades dos usuários verificadas pelos serviços. (5)

8) Direito a serviços com recursos humanos e técnicos devidamente capacitados, adequados, sensíveis e motivados, com boas condições de trabalho, dispositivos de educação permanente e atuantes na co-gestão humanizada dos serviços

Os serviços de atenção psicossocial devem ser compostos por profissionais em número adequado, para que eles não fiquem sobrecarregados e possam dedicar o tempo necessário com cada usuário e familiar sob sua responsabilidade, bem como com os dispositivos grupais de atendimento e com a gestão do serviço, sem atropelos.

Em segundo lugar, os trabalhadores e profissionais devem estar devidamente capacitados ao atendimento aos usuários e familiares do campo da saúde mental, álcool, crack e outras drogas. Contudo, muitas vezes a formação adequada para esta modalidade de atenção, dentro dos princípios da reforma psiquiátrica, não está disponível na

(2) Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foi adotada em 2006 e entrou em vigor em 3 de maio de 2008.

(3) Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira).

(4) Portaria MS 3088 de 2011, que descreve e normatiza a Rede de Atenção Psicossocial no SUS.

(5) Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, de 2010.

formação universitária de origem destes profissionais. Por esta razão, e também pela necessidade de formação contínua no SUS, a rede de atenção psicossocial deve oferecer dispositivos de **educação permanente**, nos quais seja possível desenvolver um clima favorável para “aprender a aprender”. Estes dispositivos podem e devem preencher as lacunas e atualizar esta formação, bem como contribuir para a reflexão sobre os novos desafios do cotidiano dos serviços, principalmente em relação à formação clínica e política.

- ✓ A estrutura do curso deverá assegurar: [...] - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis a formação do Enfermeiro.(18)

Estes profissionais e trabalhadores, além de um saber-fazer técnico, devem desenvolver acolhimento, sensibilidade, empatia, disposição e comprometimento com as pessoas que buscam os serviços de atenção psicossocial. Um primeiro e simples direito fundamental dos usuários e familiares é que os serviços e cada profissional ou trabalhador permitam o acesso ao seus nomes completos, estimulando um relacionamento personalizado. Um requisito mais complexo, mas do qual não se pode abrir mão, é de que as equipes tenham um **funcionamento participativo, democrático e horizontal**, sem hierarquias artificiais e rígidas, sem privilégios de profissões específicas, bem como oferecer **supervisão institucional independente**. Estes dispositivos devem garantir uma discussão aberta dos desafios ético-políticos, dos conflitos institucionais e da subjetividade no trabalho nestes serviços. A Política Nacional de Humanização, descrita no segundo capítulo, tem também estes objetivos. Ela propõe a co-gestão dos trabalhadores e uma nova cultura voltada para o cuidado integral das pessoas, seus familiares e profissionais, em que os trabalhadores sejam estimulados a tratar a todos com respeito, dignidade e participação.



Além disso, o desenvolvimento de posturas cotidianas deste tipo em relação aos usuários e familiares requerem, por parte das políticas e dos serviços municipais, a oferta de **condições de trabalho adequadas, com carreiras estáveis e salários dignos**, que permitam os profissionais e trabalhadores se dedicarem a esta carreira. Assim, neste campo, as lutas por direitos dos usuários e familiares estão intimamente ligadas às lutas pelos direitos dos trabalhadores do SUS e particularmente da rede de atenção psicossocial.

- ✓ Princ 14 / Art 1: Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular: a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente, com espaço adequado para oferecer a cada usuário privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo; b) Equipamento diagnóstico e terapêutico; c) Assistência profissional adequada; e c) Tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação. Art 2: Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos usuários de acordo com estes Princípios. (1)
- ✓ Lei 10.216: Art. 2º Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; (3)
- ✓ Proposta 223. Implementar, fortalecer, ampliar e aprimorar, no contexto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, a capacitação e educação permanente em Saúde Mental para o conjunto dos trabalhadores da rede de serviços de saúde, da atenção básica em saúde mental, rede de serviços substitutivos, das parcerias intersetoriais, Conselhos de Saúde, familiares e usuários, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS, da Política Nacional de Saúde e da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva da humanização, da multi, inter e transdisciplinariedade e no respeito à identidade de gênero, à sexualidade, à escolha religiosa e à diversidade étnica. Deve privilegiar ainda a utilização de diversas metodologias e estratégias ativas (vivências, discussões de casos, reuniões de equipe, matriciamento, etc) e garantir financiamento específico, nas três esferas de governo, com identificação de rubrica orçamentária para a saúde mental.(5)
- ✓ Art. 1 / Par. único: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (6)

9) Direito a serviços adequados em termos de instalações, características de funcionamento e outros recursos necessários no cotidiano

Quando a pessoa é atendida e acompanhada em um serviço de atenção psicossocial, este lugar poderá ser um espaço de referência para um longo período de tempo, seja de horas, meses ou anos, que será importante para que ela possa reconstruir sua identidade. As **instalações e o conforto oferecidos pelo serviço**, em sua pintura, móveis, rede elétrica, eletrodomésticos, salas, banheiros, cozinha, acesso a água potável, janelas amplas e ventilação, acesso para cadeirantes etc, devem ser limpas, funcionais e adequadas, para que os usuários e familiares possam se sentir confortados, valorizados e acolhidos.

Quando as instalações são precárias, elas passam uma sensação de pouco valor e baixo reconhecimento, tanto para usuários e familiares como para trabalhadores, o que acaba sendo assimilado em suas identidades pessoais e sociais. Além disso, instalações inadequadas implicam em limitações para as atividades de atenção psicossocial, bem como podem ser insalubres, ou seja, gerar ainda mais problemas de saúde.

(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

(3) Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira).

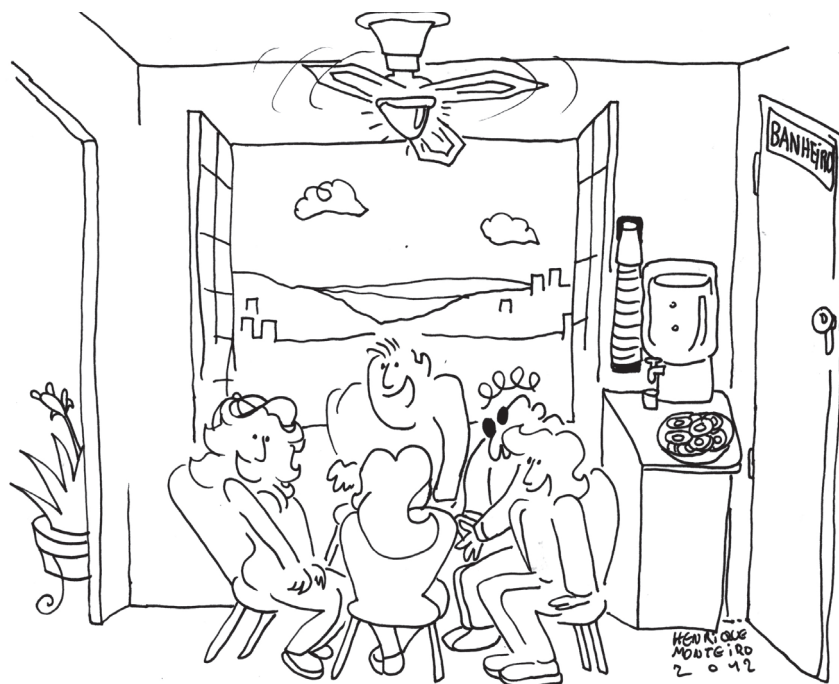
(5) Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, de 2010.

(6) Portaria GM 1996 de 2007, do Ministério da Saúde, que regulamenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Os serviços de atenção psicossocial devem ainda prover e garantir o acesso contínuo e livre, para todos os usuários, familiares e trabalhadores, a todos os **meios regulares de comunicação, particularmente telefone, Internet, TV e rádio**. Além disso, devem ter **instalações adequadas ou garantir o acesso na comunidade local para atividades esportivas e educativas, de lazer e cultura**, bem como para o estímulo e desenvolvimento de **atividades de vida diária**.

A **alimentação de qualidade** também constitui um item muito importante na atenção diária, garantindo-se as refeições básicas do dia, e no caso de acolhimento noturno, também durante a noite. E finalmente, os serviços devem contar com **meio de transporte próprio para usuários, familiares e trabalhadores**, para estimular atividades no território e na cidade, bem como para realizar a integração intersetorial com os vários outros tipos de serviços.

Além da oferta adequada de todos estes recursos, o uso deles e a **organização cotidiana das atividades deve ser discutida e decidida com participação ampla e democrática de usuários, familiares e trabalhadores**, por meio de assembleias e grupos de trabalho. Estas decisões e o quadro de atividades devem ficar disponíveis e expostas para todos, de forma compreensível, para que qualquer um possa entender como funciona o serviço, desde a recepção inicial até uma eventual alta.



Para que estas características sejam garantidas pelos programas de atenção psicossocial, é fundamental que os serviços sejam regularmente **acompanhados e fiscalizados pelas instâncias de gestão, e particularmente pelos conselhos de controle social do SUS**. Esta fiscalização deve ser mais dura, prioritária e periódica nos eventuais serviços com características manicomialistas ainda existentes. É por isso que neste contexto, os serviços de atenção psicossocial abertos e territoriais são chamados de **serviços substitutivos**.



Serviços substitutivos: no processo de reforma psiquiátrica, os serviços da natureza manicomial, particularmente os leitos convencionais em hospital psiquiátrico especializado, que não apresentam as características descritas neste capítulo, são gradualmente substituídos por serviços de atenção psicossocial abertos, comunitários e territorializados, e que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Daí, o nome de serviços substitutivos e de Rede Substitutiva ao modelo manicomial. No Brasil, este processo busca realizar essa mudança de forma ética, responsável e gradual, para não gerar desassistência. Toda redução do número de leitos convencionais deve ser planejada de maneira cuidadosa, para que as pessoas jamais fiquem sem recurso para serem tratadas. Cada leito do tipo manicomial que é fechado deve implicar no compromisso do governo municipal, estadual e nacional de repassar os recursos para abrir novas vagas nos serviços abertos e comunitários presentes na Rede de Atenção Psicossocial.

- ✓ Princ 13, Art. 1: Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu: a) Reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei; b) Privacidade; c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão; d) Liberdade de religião ou crença.
Art 2: O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente: a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer; b) Instalações educacionais; c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação; d) Instalações e estímulo para sua utilização, para o engajamento do usuário em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Estas medidas devem incluir orientação vocacional, treinamento profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho, para garantir que os usuários consigam e mantenham os vínculos de trabalho na comunidade. (1)
- ✓ Lei 10.216: Art. 2º Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis. (3)
- ✓ Proposta 1: A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSMI) reafirma o caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, recusando todas as formas de terceirização da gestão da rede de serviços. Nesse sentido, responsabiliza os gestores, nos níveis de governo, pelo desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Saúde Mental, com garantia de dotação orçamentária específica, espaços físicos próprios, condições materiais e técnicas adequadas, para a viabilização do novo modelo assistencial. Propõe, ainda, que a saúde mental esteja integral e universalmente inserida em todas as esferas da saúde, de forma que os usuários tenham participação em todos os níveis de atenção à saúde.
Proposta 44: Aumentar o incentivo financeiro do Ministério da Saúde para implantação e manutenção dos CAPS, regulamentando a descentralização dos recursos por meio de repasse fundo a fundo com rubrica específica, de modo a possibilitar a aquisição de sede e transportes próprios e a melhoria na estrutura física e na alimentação; definir a forma de prestação de contas por meio de relatórios de gestão, sob fiscalização dos colegiados de Controle Social, em especial os Conselhos de Saúde, visando a transparência na utilização dos recursos financeiros. (5)
- ✓ Nota: No Brasil ainda existem alguns hospitais psiquiátricos que atendem pelo SUS e convênios. Vários destes hospitais não possuem condições de atendimento. Para isto o Ministério da Saúde criou dois programas. 1) O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, que trata de avaliar a qualidade da assistência (7) e, 2) Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no Sistema Único de Saúde, que trata de reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte, de 240 a 600 leitos. (8)

(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

(3) Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

(5) Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, de 2010.

(7) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria.

(8) Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH)

10) Pleno direito à informação sobre o tratamento e ao acesso ao prontuário pessoal

Na época em que o hospital psiquiátrico era o único recurso para o tratamento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, o acesso era distante, pois estes hospitais eram construídos isolados da cidade. A informação sobre a pessoa internada e sobre seu eventual processo de reabilitação, para os familiares e demais interessados, era praticamente nula, e logo se perdia o vínculo com ela.

Com o passar dos anos, em especial a partir da criação do SUS e da efetivação da reforma psiquiátrica, criaram-se várias modalidades de serviços de atenção psicossocial, o que vem aumentando a oferta destas diversas modalidades de atendimento. Estes novos serviços geralmente ficam mais perto do local de moradia, e portanto, de acesso mais fácil para se ter informações sobre os serviços e sobre o processo de tratamento de uma pessoa querida.

Quando a pessoa e sua família são recebidas em um serviço de saúde, as informações sobre o serviço e sobre as diferentes formas de atenção devem ser acessíveis, claras e objetivas, e em linguagem adequada para ser bem entendida pelos usuários e familiares. Para facilitar este processo, os serviços de atenção psicossocial devem criar folhetos explicativos e cartilhas educativas, em papel e, ou disponível na Internet.



Quando em acompanhamento contínuo nos serviços de atenção psicossocial, os usuários e os familiares podem ter perguntas e dúvidas sobre seu estado de saúde e seu tratamento, e a informação e resposta a estas perguntas é um direito fundamental do SUS e da atenção psicossocial. Assim, os profissionais devem estar disponíveis para prover o maior número de informações sobre o projeto terapêutico singular como ocorre o acompanhamento; as atividades oferecidas; a medicação usada, sua dosagem, efeitos colaterais e alternativas; os direitos dos usuários e dos familiares, e estarem disponíveis a qualquer momento para novas dúvidas. Além disso, o acesso ao prontuário pessoal, em papel ou eletrônico, contendo todos os registros de diagnóstico e tratamento, é um direito de todo usuário ou seu representante. Isso permite não só se informar com mais segurança sobre detalhes, procurar esclarecer as eventuais dúvidas, ou até mesmo questionar sobre aspectos específicos de seu tratamento.

- ✓ Princ 12, Art. 1: O usuário em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, nas formas e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los. Art 2: Caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo. Art 3: O usuário com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.
Princ 19, Art. 1: O usuário (este termo, neste Princípio, inclui um ex-usuário) deverá ter direito de acesso à informação concernentes a ele, à sua saúde e nos registros pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do usuário e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao usuário deverão, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecidas ao representante pessoal e ao advogado do usuário. Quando qualquer informação for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões par o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial. Art 2: Qualquer comentário, feito por escrito, pelo usuário, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido no prontuário do usuário. (1)
- ✓ Art 9 / 2: Os Estados Partes também tomarão medidas apropriadas para: a) Desenvolver, promulgar e monitorar a implementação de normas e diretrizes mínimas para a acessibilidade das instalações e dos serviços abertos ao público ou de uso público; c) Proporcionar, a todos os atores envolvidos, formação em relação às questões de acessibilidade com as quais as pessoas com deficiência se confrontam; f) Promover outras formas apropriadas de assistência e apoio a pessoas com deficiência, a fim de assegurar a essas pessoas o acesso a informações; g) Promover o acesso de pessoas com deficiência a novos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, inclusive à Internet; h) Promover, desde a fase inicial, a concepção, o desenvolvimento, a produção e a disseminação de sistemas e tecnologias de informação e comunicação, a fim de que esses sistemas e tecnologias se tornem acessíveis a custo mínimo.
Art 21 Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar que as pessoas com deficiência possam exercer seu direito à liberdade de expressão e opinião, inclusive à liberdade de buscar, receber e compartilhar informações e idéias, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas e por intermédio de todas as formas de comunicação de sua escolha, conforme o disposto no Artigo 2 da presente Convenção, entre as quais: a) Fornecer, prontamente e sem custo adicional, às pessoas com deficiência, todas as informações destinadas ao público em geral, em formatos acessíveis e tecnologias apropriadas aos diferentes tipos de deficiência; b) Aceitar e facilitar, em trâmites oficiais, o uso de línguas de sinais, braille, comunicação aumentativa e alternativa, e de todos os demais meios, modos e formatos acessíveis de comunicação, à escolha das pessoas com deficiência; c) Urgir as entidades privadas que oferecem serviços ao público em geral, inclusive por meio da Internet, a fornecer informações e serviços em formatos acessíveis, que possam ser usados por pessoas com deficiência; d) Incentivar a mídia, inclusive os provedores de informação pela Internet, a tornar seus serviços acessíveis a pessoas com deficiência; (2)
- ✓ 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: VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; (3)
- ✓ Art. 4º, inciso. VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; (4)
- ✓ Art. 7: Médicos assistentes e plantonistas, bem como outros médicos envolvidos nos processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação de doentes psiquiátricos, devem contribuir para assegurar a cada paciente hospitalizado seu direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social.
Art. 14 - Os pacientes psiquiátricos têm direito de acesso às informações a si concernentes, inclusive as do prontuário, desde que tal fato não cause dano a si próprio ou a outrem. (9)

(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

(2) Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foi adotada em 2006 e entrou em vigor em 3 de maio de 2008.

(3) Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira).

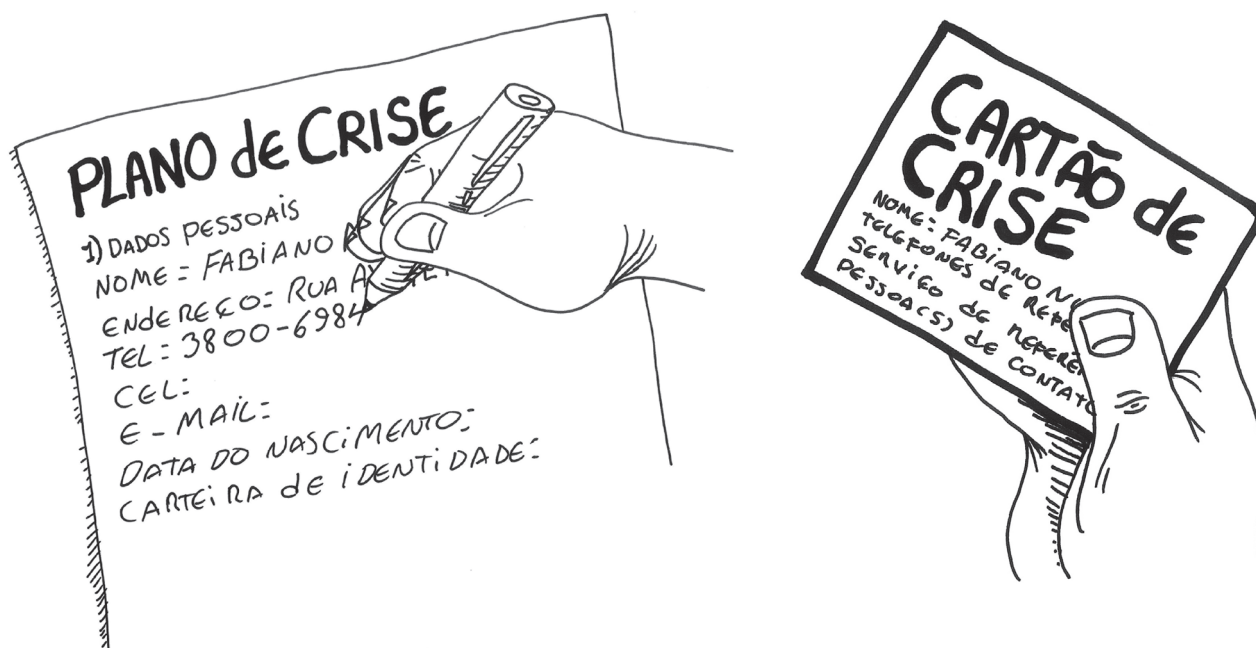
(4) Portaria 3088 de 2011, do Ministério da Saúde.

(9) Resolução CFM nº 1598/2000 do Conselho Federal de Medicina, que normatiza o atendimento a pessoas com transtornos mentais.

11) Direito ao consentimento informado nas pesquisas e nas diversas formas de diagnóstico e tratamento que envolvam riscos

O progresso das diversas ciências é baseado em pesquisas, e nos campos da saúde, saúde mental, álcool, crack e outras drogas, isso não é diferente. Entretanto, várias pesquisas sobre tratamento envolvem seres humanos que, em nosso caso, são pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, bem como de seus familiares. Acontece que muitas vezes a pessoa está em crise e/ou surto, ou não sabe ler, ou não está momentaneamente em condições de decidir. Particularmente nestes casos, ela e seus familiares ou seu representante, têm o direito de ser consultados. Em todo o procedimento que envolve pesquisa em tratamento com seres humanos, a pessoa envolvida deve ser informada sobre todos os aspectos, objetivos, benefícios e riscos da pesquisa, para poder decidir se participa ou não, sem ameaças ou persuasão indevida, e o consentimento final é expresso em documento escrito. Em caso de decidir positivamente, este consentimento deve garantir o direito de interromper sua participação em qualquer momento, sem que isso gere qualquer constrangimento.

Este mesmo direito de consentimento informado é estendido às diversas formas de tratamento e diagnóstico em saúde e saúde mental, nas convenções internacionais e em algumas normas brasileiras, como indicado ao lado. No entanto, esta prática é quase inexistente nos serviços brasileiros de saúde mental e atenção psicossocial, e este deverá constituir um campo de muitas lutas no futuro próximo. Mais detalhes sobre este tema serão providos nas seções sobre internação voluntária e involuntária, neste manual.



Uma das formas com que o princípio do consentimento informado vem sendo aplicado no campo da saúde mental, em vários países do mundo, é por meio do **plano e do cartão de crise**. Este dispositivo deve ser discutido pelo movimento antimanicomial e pelos serviços de saúde mental e atenção psicossocial no Brasil, para avaliá-lo e pensar a sua implementação no Brasil, e será apresentado em detalhes no próximo capítulo.

Plano e cartão de crise: A crise mental pode implicar em perdas na capacidade de pensar e tomar decisões. Portanto, é um momento em que outras pessoas e os profissionais de emergência social (polícia, corpo de bombeiros), de saúde (SAMU) e das emergências psiquiátricas acabam tomando decisões em nome do usuário. Muitas vezes, elas vão contra a sua própria vontade imediata, podendo até mesmo envolver a contenção física e a internação involuntária. Na medicina em geral, há outras situações e doenças progressivas que também envolvem esta perda, e para isso existe o dispositivo da **diretiva antecipada de vontade**. Só recentemente, em 2012, que se publicou no Brasil normas referentes a ela (Resol. 1995 de 2012 do Conselho Federal de Medicina). Através desta diretiva, nos momentos em que está bem, o cidadão expressa por escrito como gostaria de ser tratado em caso de se encontrar em um estado em que não pode mais decidir. O movimento antimanicomial em vários países, há vários anos, já se apropriou deste dispositivo para o campo da saúde mental. Nos momentos em que o usuário está bem, ele constrói junto com o seu serviço de atenção psicossocial de referência e com os familiares ou pessoas de sua confiança, um plano de como deseja ser tratado no momento da crise. Nele, ele indica o que não deseja que seja feito, as informações básicas acerca de seu tratamento e dos medicamentos que usa e dos que não pode usar, bem como elege seu representante pessoal para tomar decisões, no caso de estar impossibilitado para isso. Cópias deste plano, geralmente confidencial, ficam na residência do usuário, no seu serviço de referência ou nos registros do sistema de saúde. O usuário passa a levar consigo, junto aos documentos de identificação, um cartão que fornece informações básicas para atenção imediata e indica a existência deste plano, a ser consultado necessariamente e devidamente respeitado no momento da atenção à crise. Vários países, particularmente europeus e de língua inglesa, já adotaram este dispositivo em seu sistema de saúde e de atenção psicossocial.

✓ Princ 9 / 2: O tratamento e os cuidados a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o usuário, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

Princ. 11 / 1: Nenhum tratamento será administrado a um usuário sem seu consentimento informado, exceto nas situações previstas nos parágrafos/6, 7, 8, 13 e/15 abaixo.

2: Consentimento informado é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, após esclarecimento apropriado com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário sobre: a) A avaliação diagnóstica; b) O propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto; c) Os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e d) Possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.

3: O usuário pode requerer a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento de obtenção do consentimento.

4: O usuário tem o direito de recusar ou interromper um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos 6, 7, 8, 13 e 15 seguintes. As consequências de recusar ou interromper o tratamento devem ser explicadas ao paciente.

5: O usuário nunca deverá ser convidado ou induzido a abrir mão do direito ao consentimento informado. Se o usuário quiser fazê-lo, deverá se explicar a ele que o tratamento não poderá ser administrado sem o consentimento informado. (1)

✓ Art. 15 / 1: Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, nenhuma pessoa deverá ser sujeita a experimentos médicos ou científicos sem seu livre consentimento.

2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. (2)

(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

(2) Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foi adotada em 2006 e entrou em vigor em 3 de maio de 2008.

- ✓ 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. (3)

- ✓ Art. 1: O médico deve solicitar a seu paciente o consentimento para as provas necessárias aos diagnóstico e terapêutica a que este será submetido.
Art. 2: Quando o paciente não estiver em plenas condições para decidir, o consentimento ou autorização para necropsia poderá ser dada por pessoa de sua família, ou seu responsável, em caso de paciente considerado **incapaz**.(10)

- ✓ O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. [...] b) prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa; e c) conceder o tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa possa refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. [...] IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: a) justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável; b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa; [...] d) garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa; [...]IV.6 - Nos casos de restrição da liberdade ou do esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se, também, observar: a) em pesquisas cujos convidados sejam crianças, adolescentes, pessoas com transtorno ou doença mental ou em situação de substancial diminuição em sua capacidade de decisão, deverá haver justificativa clara de sua escolha, especificada no protocolo e aprovada pelo CEP, e pela CONEP, quando pertinente. Nestes casos deverão ser cumpridas as etapas do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa, preservado o direito de informação destes, no limite de sua capacidade; b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações passíveis de limitação da autonomia, como estudantes, militares, empregados, presidiários e internos em centros de readaptação, em casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias. (11)

- ✓ Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.
Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade. Par. 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico. Par. 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica. Par 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. Par 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente. (12)

(3) Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

(10) Resolução 1081 de 1982 do Conselho Federal de Medicina, sobre os procedimentos de consentimento informado para diagnóstico e tratamento.

(11) Portaria 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

(12) Resolução 1.995 de 30/08/2012, do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

12) Direito à privacidade, à confidencialidade e sigilo na assistência em saúde, saúde mental e atenção psicossocial

A atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, bem como a seus familiares, envolve sempre informações pessoais e privadas, ou situações difíceis, delicadas, dolorosas ou de muita fragilidade. Além disso, estas pessoas ou situações geralmente já são objeto de alguma forma de discriminação ou estigma por parte da comunidade ou da sociedade, e estas informações podem ser usadas até mesmo para a difamação e perseguição das pessoas.



Desse modo, toda a atenção à saúde, saúde mental ou atenção psicossocial requer o **princípio do sigilo ou confidencialidade**, ou seja, a garantia de se guardar o sigilo sobre todas as informações prestadas ou registros de diagnóstico e atividades de tratamento durante todo o atendimento. Apenas outros trabalhadores e profissionais de saúde poderão ter acesso ao prontuário, quando precisarem de informação para prestar algum cuidado adicional. Romper com a regra do sigilo pode tornar o trabalhador ou profissional passível de sanções administrativas no serviço e junto ao seu respectivo conselho profissional, por que o sigilo faz parte dos códigos de ética profissional.

Assim, os usuários e os familiares podem sentir seguros de que podem prestar o máximo de informações necessárias para que os trabalhadores e profissionais possam realizar uma avaliação detalhada de seu caso, para montar o projeto terapêutico, e de que respeitam a singularidade das vivências de cada pessoa, por mais diferenciadas que sejam.

- ✓ Princ VI: Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios, à confidencialidade das informações que lhes concernem. (1)
- ✓ Princ 22 / 1. Nenhuma pessoa com deficiência, qualquer que seja seu local de residência ou tipo de moradia, estará sujeita a interferência arbitrária ou ilegal em sua privacidade, família, lar, correspondência ou outros tipos de comunicação, nem a ataques ilícitos à sua honra e reputação. As pessoas com deficiência têm o direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques. 2.Os Estados Partes protegerão a privacidade dos dados pessoais e dados relativos à saúde e à reabilitação de pessoas com deficiência, em igualdade de condições com as demais pessoas. (2)
- ✓ Lei 10.216: Art. 2º Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; (3)

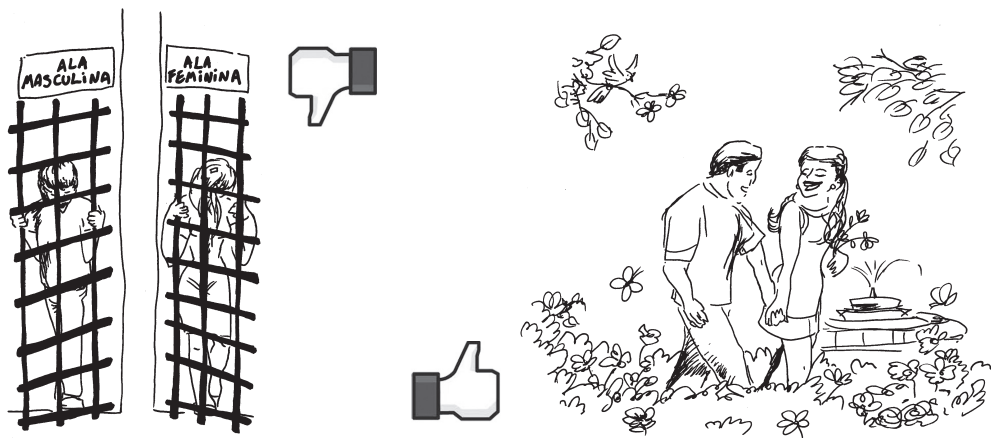
(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

(2) Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foi adotada em 2006 e entrou em vigor em 3 de maio de 2008.

(3) Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

13) Direito à plena informação e educação participativa sobre sexualidade, identidade sexual e planejamento familiar, para garantir autonomia nas relações interpessoais e conjugais

Nas instituições psiquiátricas com características manicomiais, homens e mulheres ficavam internadas em setores separados, geralmente sem poderem se encontrar ou criar relacionamentos amorosos.



A partir da reforma psiquiátrica, outros valores presidem a relação afetiva e amorosa entre as pessoas. Encontrar pessoas e se relacionar com elas faz parte da vida. Em algum momento há pessoas com quem temos mais afinidade, sentimos vontade de estar mais próximo e trocar afeto com ela. Desta relação pode existir a vontade de formar uma família, ou não, continuar namorando e cuidando do(a) parceiro(a). O processo de escuta pessoal para cada um pode reconhecer sua identidade sexual, os relacionamentos amorosos e a constituição de família constituem direitos inalienáveis de todo ser humano. As relações sexuais são escolhas de cada pessoa ou casal adulto, mas elas podem gerar problemas quando não nos protegemos das doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS. Além disso, uma gravidez deve ser uma decisão responsável e muito bem avaliada, para se pensar nas condições necessárias para se cuidar, educar e dar segurança para um(a) filho(a) por tantos anos, até que este(a) possa se cuidar sozinho(a).

Assim, toda pessoa com sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, ou seus familiares, usuários de serviços de atenção psicossocial, têm direito ao **acesso pleno e livre a informações e programas educativos sobre os diversos aspectos que envolvem o exercício da sexualidade**, sobre as identidades sexuais, o planejamento familiar e os métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Estas atividades devem ser livres, voluntárias e participativas, e providas em linguagem acessível, de acordo com a idade e a cultura dos participantes, e dialogar de forma respeitosa com os seus valores éticos e religiosos.

- ✓ Art 23 / 1: Os Estados Partes tomarão medidas efetivas e apropriadas para eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência, em todos os aspectos relativos a casamento, família, paternidade e relacionamentos, em igualdade de condições com as demais pessoas, de modo a assegurar que: a) Seja reconhecido o direito das pessoas com deficiência, em idade de contrair matrimônio, de casar-se e estabelecer família, com base no livre e pleno consentimento dos pretendentes; b) Sejam reconhecidos os direitos das pessoas com deficiência de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o espaçamento entre esses filhos e de ter acesso a informações adequadas à idade e a educação em matéria de reprodução e de planejamento familiar, bem como os meios necessários para exercer esses direitos. (2)

(2) Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, adotada em 2006 e que entrou em vigor em 3 de maio de 2008.

14) Direito ao acesso à medicação adequada, destinada apenas a objetivos terapêuticos, e com a devida informação e cuidados em relação à dosagem e aos efeitos colaterais.

Na assistência psiquiátrica do tipo manicomial, a medicação geralmente constituía o único elemento de tratamento, mas da forma como era usada, servia mais de anestesia dos efeitos prejudiciais daquelas instituições fechadas e sem perspectiva de futuro para seus usuários, e portanto, de punição, mortificação e alienação das pessoas. Eram frequentes as denúncias de repetição da prescrição por anos a fio, sem reavaliação do quadro clínico e da situação de vida de seus internos.

No processo de reforma psiquiátrica, como vimos acima, a medicação passa a ser vista como mais um, mas um componente fundamental e de uso cuidadoso do projeto terapêutico singular e de reabilitação das pessoas. Como os efeitos dos psicofármacos dependem da reação individual no organismo de cada pessoa, os serviços devem prover as condições para que os medicamentos estejam disponíveis e a prescrição seja monitorada e ajustada conforme esta resposta singular de cada usuário e a situação de vida em que se encontra naquele momento.



Vimos também nas estratégias de empoderamento como é importante que os serviços forneçam toda a informação e orientação necessária, para que cada usuário e familiar possa saber qual e o porque de cada tipo de medicação indicada, para que serve, como irá tomar, a dosagem, em que horário, e os efeitos desejados e colaterais. Isso pode ser feito individualmente ou em grupos de orientação para a medicação, ou ainda nos dispositivos específicos de autonomização e empoderamento nesta área, como nos **Grupos Autônomos de Medicação (GAM)**, introduzidos recentemente em alguns locais do Brasil. Às vezes, a pessoa e família precisam de ajuda para estabilizar esta rotina, e os serviços e profissionais podem contribuir muito na organização diária do processo de medicação.

Outras vezes, os usuários podem ter vontade de experimentar uma parada na medicação, mas isto deve ser muito bem negociado entre usuário, família e equipe. Essa recomendação é importante, pois a redução ou falta da medicação pode estimular a emergência de novas crises.

A medicação constitui portanto um componente delicado do projeto terapêutico singular, das interações necessárias entre usuários, familiares e profissionais, com profundas implicações no estado de saúde física e mental dos usuários da atenção psicossocial, bem como na vida cotidiana de seus familiares. Assim, a provisão contínua dos psicofármacos no SUS constitui um componente chave e central da política de saúde, saúde mental e da atenção a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, bem como de seus familiares. Em resumo, **o acesso contínuo e enquanto for necessário aos medicamentos que melhor se ajustam ao seu quadro clínico é um direito do cidadão!** E os programas assistência farmacêutica do SUS, com provisão estável e em quantidades adequadas, em todo o território nacional, constituem também um elemento indispensável da atenção psicossocial e do sucesso do processo de reforma psiquiátrica.

Por outro lado, a integração da atenção em saúde mental com a rede de atenção primária em saúde, que constitui um objetivo do SUS, da reforma psiquiátrica e da rede de atenção psicossocial (RAPS), levanta um risco que não se pode ignorar: a difusão do uso indiscriminado de psicofármacos. Isso se dá particularmente naqueles prescritos para ansiedade (conhecidos popularmente como aqueles compostos por diazepam) e depressão. O fenômeno é conhecido como **medicamentação**, uma das formas da **medicalização**, isto é, privilegiar o uso de recursos médicos para individualizar e anestesiar necessidades, problemas ou conflitos sociais difusos, que requerem respostas mais amplas e complexas por parte da sociedade e das políticas públicas.

Um exemplo típico na realidade brasileira é a mulher que mora sozinha ou apenas com seus filhos, com a vida cheia de problemas. Em vez de ser estimulada a buscar saídas pessoais, comunitárias e sociais para eles, recebe unicamente uma prescrição médica, e toda noite toma a medicação para ansiedade e/ou depressão, vai assistir sua novela, enquanto espera a medicação fazer efeito e dormir, anestesiada...

- ✓ Princ 10, Art 1: A medicação deverá atender da melhor maneira possível as necessidades de saúde do usuário, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para a conveniência de outros. Sujeitos às determinações do parágrafo/15 do Princípio/11, os profissionais de saúde mental deverão administrar somente as medicações de eficácia conhecida ou demonstrada. (1)
- ✓ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (13)
- ✓ Lei Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. (14)
- ✓ Art. 1º Implantar o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal. (15)
- ✓ Art. 1º Regular e aprovar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, integrante do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, conforme definido no Capítulo I desta Portaria. (16)

(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

(13) Constituição da República Federativa do Brasil.

(14) Lei Orgânica da Saúde no Brasil, n.o 8080 de 1990, de regulamentação do SUS..

(15) Portaria nº 1077/GM, de 1999, sobre aquisição de medicamentos no SUS.

(16) Portaria nº 2981 de 2009, sobre regulação de medicamentos no SUS.

15) Direito à participação social e ao monitoramento da política pública, pelo controle social da rede de serviços e da situação dos direitos dos usuários e familiares

No segundo capítulo deste manual, resumimos a importância do controle social no SUS, como a principal forma de participação da sociedade civil, e particularmente dos seus usuários e familiares, na fiscalização, discussão e decisões sobre o sistema público de saúde e sua relação com a sociedade. Neste capítulo, cabe chamar a atenção para as comissões de saúde mental ou de reforma psiquiátrica no Conselho Nacional de Saúde, nos conselhos estaduais e municipais de saúde, bem como nas assembleias legislativas e câmaras de vereadores. Os membros destas comissões não só monitoram a política de saúde mental, álcool, crack e outras drogas, como também exercem a fiscalização direta nos serviços, o que é fundamental principalmente para os eventuais serviços hospitalares ainda existentes.



Cabe lembrar aqui também das comissões e entidades de direitos humanos nas várias instâncias de governo, no plano federal, estadual e municipal, que constituem um espaço de denúncia das formas de violência, abusos e negligências que ainda acontecem nos serviços, nos programas de saúde mental e atenção psicossocial. Hoje, no Brasil, particularmente os programas de enfrentamento do crack têm tomado muitas iniciativas que violam os direitos humanos e fundamentais das pessoas usuárias de drogas, como veremos no próximo capítulo.

As demais estratégias e dispositivos de controle social, defesa de direitos e denúncia de violações serão mais bem discutidas no capítulo final deste manual.

- ✓ Princ 22: Os Estados devem assegurar que mecanismos adequados estejam em vigor para promover a aceitação destes Princípios, a inspeção de estabelecimentos de saúde mental, para a apreciação, investigação e resolução das queixas, e para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para casos de má conduta profissional ou violação dos direitos de um usuário. (1)

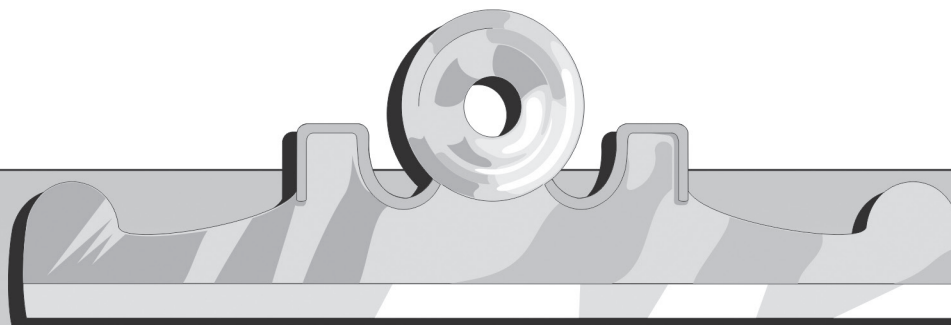
(1) Carta da Organização das Nações Unidas sobre Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental

- ✓ Art 29: Os Estados Partes garantirão às pessoas com deficiência direitos políticos e oportunidade de exercê-los em condições de igualdade com as demais pessoas, e deverão: a) Assegurar que as pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na vida política e pública, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, diretamente ou por meio de representantes livremente escolhidos, incluindo o direito e a oportunidade de votarem e serem votadas, mediante, entre outros: b) Promover ativamente um ambiente em que as pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na condução das questões públicas, sem discriminação e em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e encorajar sua participação nas questões públicas, mediante: i) Participação em organizações não-governamentais relacionadas com a vida pública e política do país, bem como em atividades e administração de partidos políticos; ii) Formação de organizações para representar pessoas com deficiência em níveis internacional, regional, nacional e local, bem como a filiação de pessoas com deficiência a tais organizações. (2)
- ✓ Art. 3. 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. Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei. (3)
- ✓ Art. 1º Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial. Par. 1º São atribuições deste Comitê: I - ampliar o envolvimento da Sociedade Civil na discussão relacionada às ações voltadas às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; II - contribuir na sensibilização e na mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover a implementação da Rede de Atenção Psicossocial; III - promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e a participação democrática. IV - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações.V - realizar o balanço semestral do andamento da implementação e dos resultados da Rede de Atenção Psicossocial.(17)

(2) Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foi adotada em 2006 e entrou em vigor em 3 de maio de 2008.

(3) Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

(17) Portaria 1.306, de 2012, do Ministério da Saúde, que institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial.



Tarefas:

1) Procure reunir seus companheiros usuários de serviços, ou familiares, de forma separada ou em conjunto, e depois de ler a primeira seção deste capítulo, converse sobre quais valores e aspectos o grupo considera como mais importantes para representar a dignidade humana e os direitos humanos e fundamentais para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, bem como de seus familiares. Em um segundo momento, procurem definir quais destes valores e aspectos devem presidir a prática dos serviços de atenção psicossocial em sua comunidade ou serviço de saúde mental.

2) Procure reunir os companheiros usuários e, ou familiares do serviço de atenção psicossocial onde estão se tratando e procurem conversar sobre os vários dispositivos intersetoriais que ele possui dentro de suas próprias instalações, ou que ele providencia uma oferta integrada na comunidade ou na cidade: moradia ou acolhimento temporário transporte, lazer, esporte, educação, cultura, inclusão digital, acesso a serviços integrais à saúde, atividades de trabalho e renda, justiça (documentação civil, defesa dos direitos), educação, assistência social, previdência social, acesso aos meios de comunicação, etc.

3) Mais uma vez, reúna seus companheiros usuários e, ou familiares, e avalie como tem sido a elaboração do projeto terapêutico singular no serviço de atenção psicossocial onde vocês estão inseridos. Como foi a avaliação do quadro clínico, da história, e das necessidades e interesses particulares de cada pessoa? O projeto foi realizado conversando e tomando decisões de comum acordo com cada usuário, com participação da família ou representante pessoal? Houve uma discussão e avaliação de toda a equipe profissional? Como foi o processo de prescrição da medicação? Houve encontros regulares com o psiquiatra ou médico responsável, bem como de avaliação integrada pela equipe profissional das demais esferas de vida de cada usuário, junto com discussão do projeto terapêutico? Há reavaliação regular do projeto terapêutico e da medicação, de forma integrada, com participação dos familiares?

4) (*Específica para familiares*) Após a leitura da seção sobre as necessidades e direitos específicos dos familiares deste capítulo, discuta com os demais familiares que frequentam o mesmo serviço, ou em uma reunião específica na associação de usuários e familiares, como os serviços frequentados vem acolhendo as famílias e suas necessidades próprias, bem com as inserem na dinâmica de atenção. Quais dispositivos listados acima para responder aos direitos dos familiares estão disponíveis nestes serviços?

5) Após a leitura da sessão sobre protagonismo, autonomização e empoderamento de usuários e familiares, converse com seus companheiros de serviços para verificar se compreenderam bem estes conceitos e as estratégias indicadas acima, e de como eles ajudam na conquista dos direitos dos usuários e familiares. Em caso de maior interesse sobre este assunto, busque ter acesso à Cartilha e ao Manual de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental, também publicado pelo Projeto Transversões, que está disponível na Internet, para se aprofundarem no assunto.

6) Faça uma pesquisa junto aos usuários e familiares que frequentam o seu serviço sobre as condições gerais de acesso a ele, de acordo com os temas indicados na seção específica sobre o assunto deste capítulo. Os usuários e seus acompanhantes têm direito a passes livres ou vale-transporte no transporte municipal para que possam frequentar os serviços com a regularidade necessária? Depois, apresente os resultados na assembléia do serviço ou na reunião da associação local de usuários e familiares.



CAPÍTULO 4

A atenção à crise, os vários tipos de acolhimento/internação, a interdição, e os direitos e deveres dos usuários e familiares



1) A crise mental aguda e o desafio de seu acolhimento com garantia dos direitos dos usuários e familiares

Delírios são ideias ou crenças que invadem a vida psíquica de uma pessoa, podendo ser acompanhada por angústia ou ansiedade. Os delírios constituem uma realidade diferente do que a maioria das pessoas em sua volta pensam e vivem, por que envolvem elementos da realidade subjetiva profunda do ser humano. Podem ser muito variáveis. Às vezes, absorvem e dominam toda a situação da pessoa, como nas crises agudas, podendo ter conseqüências mais graves no comportamento, incluindo fortes ciúmes, fugas e agressividade. Em outras, podem ser apenas parciais, sustentada na imaginação, não sendo acompanhada de crise ou divisões profundas do psiquismo, e portanto podem fazer parte da vida regular. E às vezes, como em alguns delírios de perseguição, podem ser também muito coerentes e estruturados do ponto de vista lógico. Em todos estes de momentos, é importante respeitar e não confrontar diretamente o que o usuário está falando, mas também estar atento ao que está acontecendo, a seus possíveis riscos, e aos vários significados que pode ter para a pessoa.

Em toda a história humana e em todas as sociedades, foi constatada a existência de pessoas com alguma forma de crise mental. Apesar de geralmente ter aspectos difíceis ou às vezes até mesmo dramáticos, ela não deve ser pensada como algo terrível e desumano. Na verdade, **a crise mental é uma possibilidade real na vida de qualquer pessoa, na medida em que todos temos uma parte inconsciente e obscura em nossas mentes e na vida social.** Para se ter uma ideia de como isso é verdadeiro, todos precisamos sonhar todas as noites, para diminuir a pressão dos impulsos inconscientes. E todos nós já tivemos pelo menos alguma vez na vida a experiência de sonhos difíceis ou de pesadelos angustiantes. Qualquer pessoa que tenha uma febre muito alta tem toda a possibilidade de ter temporariamente **delírios e alucinações**, fenômenos típicos de uma crise mental aguda. E esta probabilidade aumenta para as pessoas que apresentam um transtorno mental severo como condição existencial mais duradoura, ou quando o uso de álcool, crack e outras drogas se torna compulsivo, problemático e passa a ser a maior prioridade no dia a dia, sobrepondo todas as demais áreas de vida e suas responsabilidades.

Alucinações são alteração das sensações e percepção, quando a pessoa tem a convicção de perceber coisas que só ela sente, através do gosto na boca, do cheiro no nariz, da sensação de tato na pele, do olhar ou do ouvido, ou uma combinação destes elementos. As duas últimas são as mais comuns e importantes, como por exemplo, conversar com alguém que só ela mesma escuta e enxerga. Em geral, estas percepções incluem elementos conflitivos da realidade interna da pessoa que são projetadas e percebidas fora dela. As alucinações podem aparecer juntas com os delírios, e também podem absorver e dominar toda a situação da pessoa, como nas crises agudas, ou podem ser apenas parciais e fazer parte da vida regular da pessoa, desde que ela aprenda a compreender, dialogar e conviver com elas.

Contudo, as experiências mais avançadas em muitos países nos mostram que é possível uma convivência razoável com o transtorno mental em uma vida ativa e participativa na sociedade, particularmente se o sistema de saúde e saúde mental é orientado nesta direção, pela implementação do processo de reforma psiquiátrica. De forma similar, mas ainda reduzido a um número menor de experiências em países com políticas e sociedades mais tolerantes no campo das drogas, as pessoas com necessidades decorrentes de seu uso ficam menos expostas ao preconceito e às situações de violência associadas ao tráfico ilegal de certas drogas. Nestes países, os sistemas de saúde, assistência social, educação e de justiça são orientados para um acolhimento não repressivo ao usuário de drogas, mais humanizado e capaz de incluir várias alternativas de cuidado, inclusive as de **redução de danos**. Assim, nas situações de crise, a pessoa poderá contar com vínculos e formas de acesso já constituídas para garantir a sua assistência.

A redução de danos no campo das drogas: são estratégias que visam diminuir as consequências indesejáveis do consumo de drogas para a saúde e para a vida social das pessoas, sem exigir necessariamente a abstinência ou a redução deste uso de forma indiscriminada para todos. Elas incluem:

- uma atitude mais tolerante da sociedade, da justiça e das políticas sociais para com o consumo e para a pessoa que usa drogas;
- uma busca ativa e acompanhamento destas pessoas nos locais de moradia ou de consumo, como a rede de atenção primária em saúde e os chamados Consultório na Rua, estimulando o vínculo e laços de confiança;
- a criação de ambientes ou métodos de uso mais protegido;
- o estímulo ao auto-cuidado ou tornar mais acessível o cuidado em saúde e assistência social;
- a elaboração de estratégias individuais e singulares para cada pessoa, que valorizem a sua autonomia, podendo incluir a diminuição do uso, a substituição por substâncias menos nocivas, ou até mesmo a abstinência.

Contudo, apesar destas experiências já consolidadas, muitos países, sociedades e suas políticas sociais ainda entendem de forma arcaica e cristalizada o transtorno mental e as drogas, suas crises e o tratamento, associando-os a doença, internação forçada, isolamento, abstinência total e absoluta de drogas como única estratégia, ou unicamente a medicamentos e busca de uma ilusória cura definitiva. Isso inviabiliza as muitas conquistas que já temos hoje na atenção psicossocial nos vários países, bem como a chance de convivência e inserção social de seus usuários.

Assim, pela sensibilidade da situação, a atenção à crise e os direitos associados às diferentes formas de acolhimento e internação talvez sejam o maior e o mais complexo desafio no campo da saúde mental e da atenção psicossocial. É precisamente aqui que as diferenças entre a psiquiatria manicomial e a reforma psiquiátrica se revelam de forma mais clara, podendo ter implicações negativas profundas, dolorosas e as vezes de longo prazo na vida das pessoas.



Tanto a perspectiva dos direitos humanos quanto da reforma psiquiátrica, que adotamos aqui, buscam garantir o direito mais geral dos usuários e familiares a um acolhimento e proteção nestes momentos mais delicados e frágeis da vida. Contudo, fazem isso oferecendo formas de suporte e de cuidado que buscam, da melhor forma possível, respeitar os direitos fundamentais da pessoa em crise e suas escolhas prévias. Na medida em que ela pode levar a pessoa a diminuir ou perder provisoriamente sua capacidade de avaliar sua situação e tomar decisões, visam principalmente oferecer garantias para que o acolhimento a situações de crise seja realizada com o maior cuidado e dignidade possível. Este tema-desafio é o objeto deste capítulo.

O assunto é longo, complexo, e marcado por situações delicadas e pelas experiências prévias de tensão e sofrimento. Neste campo, as relações entre os usuários/familiares e os serviços devem muito bem reguladas, com muitos detalhes



jurídicos, para oferecer as garantias necessárias às pessoas em crise. Portanto, o leitor poderá ter alguma dificuldade em compreender algumas partes deste capítulo, ou em fazer uma leitura completa de uma só vez. Isso é natural, e sugerimos que o exame do tema e a sua discussão sejam realizados com calma, aos poucos, buscando identificar as dúvidas e procurando pessoas que possam ajudar a esclarecê-las.

2) Objetivos e condições gerais para uma boa atenção à crise e para a continuidade da assistência após o acolhimento ou internações

A internação psiquiátrica em instituições fechadas e distantes foi, por um longo período, a única forma de assistência oferecida à pessoa com transtorno mental. Como vimos no primeiro capítulo deste manual, esse modelo de cuidado em saúde mental, denominado hospitalocêntrico, vem sendo substituído pela atenção comunitária e extra-hospitalar em diferentes alternativas de atendimento à pessoa. Entretanto, o acolhimento e/ou internações podem ser necessários para lidar temporariamente com uma situação aguda de crise mental e/ou de esgotamento dos recursos pessoais e familiares, que constituem momentos muito delicados e às vezes dramáticos na vida de uma pessoa e de sua família. Contudo, acolhimentos e internações devem ser realizados:

- após uma avaliação individualizada criteriosa;
- quando foram esgotados os demais recursos terapêuticos e de sua rede familiar ou social;
- quando há riscos eminentes para a própria pessoa ou para outros;
- quando se assegura as devidas condições e direitos da pessoa e de sua família para evitar os efeitos mais danosos que as internações podem ter.

Nessas situações de crise, e quando o acolhimento ou internação forem considerados necessários, o respeito aos direitos fundamentais da pessoa, a provisão de **uma boa assistência à crise, a continuidade do tratamento e as condições para uma boa recuperação, vão depender de uma série de condições:**

a) *Do conjunto da rede de saúde e saúde mental e das modalidades de serviços existentes na cidade ou na região:*

Em muitas regiões do país, ainda não existem quaisquer serviços extra-hospitalares e comunitários de saúde e saúde mental, a não ser os de internação localizados muito longe do local de moradia da pessoa em crise. Neste caso, uma internação do tipo manicomial pode provocar, como vimos no primeiro capítulo desta cartilha, um rompimento grave na vida da pessoa, levando à perda de seus direitos básicos, e ao que é chamado de “carreira psiquiátrica”: a perda de contato com a família e com sua rede de suporte social, a dependência completa da instituição e à incapacidade crescente de se viver com alguma autonomia na sociedade. Em outros locais, o serviço de internação manicomial está situado na mesma cidade, mas é ainda o único existente, e os mesmos riscos ainda podem ocorrer.

Ao contrário, quando existe uma rede abrangente de atenção psicossocial, há outras alternativas que podem até mesmo evitar a internação. A primeira é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que deve fazer a primeira abordagem à pessoa e a sua família no próprio domicílio, e algumas vezes pode evitar a internação. Apenas quando a crise é intensa e há necessidade efetiva de internação, a equipe do SAMU então conduzirá a pessoa a um serviço de emergência em saúde e, ou de saúde mental mais próximo. A segunda alternativa é o **acompanhamento terapêutico**, que pode prover um cuidado intensivo à pessoa em crise, evitando às vezes o uso da internação tradicional.

Acompanhamento Terapêutico: é realizado pelo *acompanhante terapêutico*, que é uma pessoa contratada pela família ou pelo próprio Estado, e com formação específica para acompanhar, “estar com”, na companhia da pessoa, nos diversos ambientes de seu território, como sua casa, rua, bairro e cidade, respeitando o seu modo próprio de ser. O objetivo é evitar a internação psiquiátrica, dar suporte à família, e mediar ou estimular os contatos sociais da pessoa. Nas crises, o período que o acompanhante terapêutico fica com o usuário depende da gravidade de seu estado e da negociação entre a equipe terapêutica, o usuário e a família. O personagem de Sancho Pança, no romance Dom Quixote de la Mancha, de Cervantes, exemplifica de forma literária o modelo de acompanhante terapêutico de Dom Quixote, em suas andanças pelo mundo.

- b) *Da existência de dispositivos que estimulam o protagonismo e o empoderamento dos usuários e familiares, com suas várias estratégias de prevenção e controle dos efeitos mais adversos da crise, tais como:*

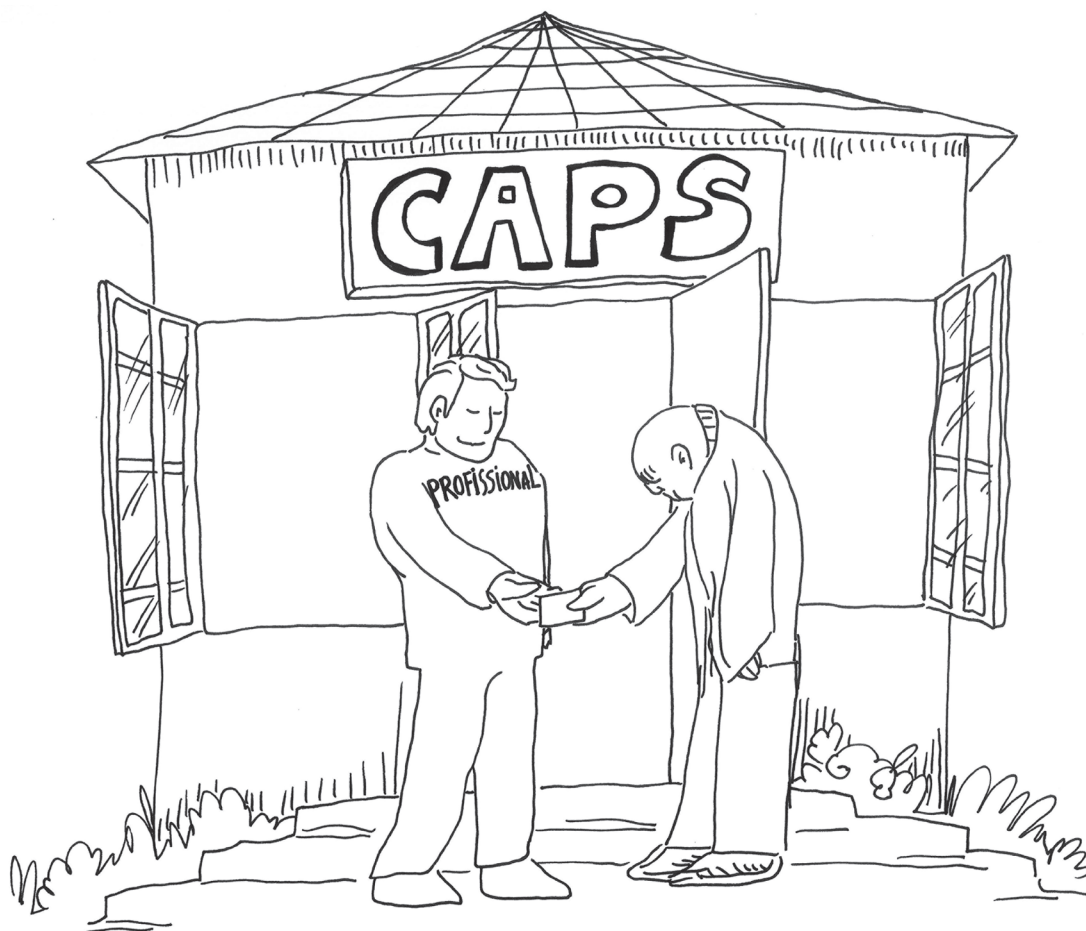


- os grupos de ajuda e suporte mútuos, que estimulam a troca de experiências de como lidar com a transtorno e a crise no dia a dia;
- no caso de pessoas com necessidades urgentes decorrentes do uso de drogas, a uma mudança provisória de território, em casas de familiares e amigos, para interromper ou diminuir os conflitos e estresses no território de origem;
- as associações de usuários e familiares e amigos, que representam os seus interesses perante os serviços, bem como desenvolvem iniciativas de participação e empoderamento;
- as estratégias preventivas que ajudam a identificar as práticas cotidianas que fazem bem, os eventos e processos que levam a mais ansiedade e estresse, bem como os sinais de que uma crise pode estar se aproximando, e de como lidar com essas vivências, evitando-se a internação;
- os grupos autônomos de medicação, que desenvolvem estratégias de empoderamento dos usuários e familiares para conhecerem melhor os sintomas pessoais e as medicações, preparando-os para uma negociação mais ativa com os médicos, na prescrição dos remédios psiquiátricos, o que também ajuda a prevenir as crises;
- o cartão e o plano de crise, quando o usuário indica com antecedência o que quer e o que não quer quando entrar em uma eventual crise (tema que será apresentado abaixo, na sessão sobre internação involuntária);
- os projetos de acompanhamento e suporte a companheiros usuários internados ou em acolhimento, e particularmente de preparação para alta (a serem descritos mais abaixo);
- as estratégias de defesa individual e coletiva dos direitos dos usuários e familiares, particularmente em relação aos serviços de atenção à crise, quando as pessoas estão mais fragilizadas, e também de participação e avaliação de toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

c) *Do tipo específico de serviço onde o acolhimento ou a internação ocorre:*

O ideal é que o acolhimento aconteça em um serviço de atenção psicossocial aberto 24 h por dia, 7 dias por semana, com leitos, o **CAPS III**, e onde a pessoa já vem se tratando antes da internação. Existem variações de CAPS III para diferentes grupos de clientela: crianças e adolescentes, adultos, e para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Neste tipo de serviço, a pessoa é reconhecida por todas as pessoas envolvidas, já criou laços de confiança com elas, e o serviço fica mais perto de sua rede de vínculos, podendo ter a presença da família ou experimentar pequenas visitas em sua casa e na comunidade logo que possível.

Quando este tipo de serviço não existe, o acolhimento ou as internações devem ocorrer em **Enfermarias Especializadas em Hospitais Gerais**, que possuem uma assistência médica mais completa e regular, e não têm o caráter de segregação que existia nos antigos hospitais especializados em psiquiatria, do tipo manicomial. Em caso de haver um problema clínico associado que exija cuidado hospitalar, a opção deve ser então o **Serviço Hospitalar de Referência** da área, que deve estar preparado e devidamente integrado à rede de atenção em saúde mental e ao projeto terapêutico individual da pessoa, particularmente no CAPS onde a pessoa já se trata. Os leitos dos CAPS III também são destinados a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, mas elas devem ser acompanhadas pelo conjunto da rede de atenção psicossocial e particularmente pelos serviços do tipo "ad" (álcool e drogas), que serão mais bem discutidos no decorrer deste capítulo.



- ✓ 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. (1)

- ✓ Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: [...] V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Enfermaria Especializada em Hospital Geral; b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços: I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços: I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas; II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.(2)

(1) Lei 10216, ou Lei da Reforma psiquiátrica.

(2) Portaria n. 3.088/2011 do Ministério da Saúde

d) *Do tempo de internação:*

A duração da internação ou acolhimento depende de vários fatores, especialmente da capacidade de resposta ao tratamento de cada um, dos vários tipos e da qualidade do cuidado que é oferecido à pessoa. Contudo, o princípio mais geral é de que ela dure apenas o tempo estritamente necessário, para que a pessoa não corra o risco de romper seus laços pessoais e sociais, ficando cada vez mais dependente da instituição.

e) *Do tipo de abordagem, da atenção profissional e de assistência que está à disposição no serviço de internação:*

As leis atuais no Brasil exigem que toda internação seja comprovada por laudo médico explicando a sua necessidade, e que garanta uma *assistência integral*. Isso quer dizer que deverá ser atendida por uma equipe composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicológicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadores físicos e outros profissionais, com todos os recursos assistenciais que a situação exigir. Uma abordagem limitada ao que está incluído apenas nos compêndios de psiquiatria tradicional ignoram as outras dimensões da vida e da crise, inclusive o suporte familiar e social. As leis brasileiras proíbem a internação de pessoa com transtorno mental em locais distantes, sem recursos físicos, humanos e terapêuticos, ou seja, com características manicomiais, e que desrespeitem seus direitos humanos.



Até mesmo a assistência religiosa ou espiritual constitui um direito nos serviços de internação e deve ser oferecida, desde que seja a partir de um pedido do usuário e que respeite a sua opção religiosa pessoal, e portanto, esta não pode ser uma imposição do serviço. No Brasil, a norma geral para isso é indicada na Constituição Federal e em lei federal (Lei 9.982, de 2000), mas ainda sem regulamentação, e os estados, municípios e instituições específicas que mantêm serviços de internação, devem constituir regras próprias para esta provisão.

- ✓ Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias; VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva; VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei; (3)
- ✓ Art. 1º Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.(4)

(3) Constituição da República Federativa do Brasil

(4) Lei 9.982, de julho de 2000, que dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares.

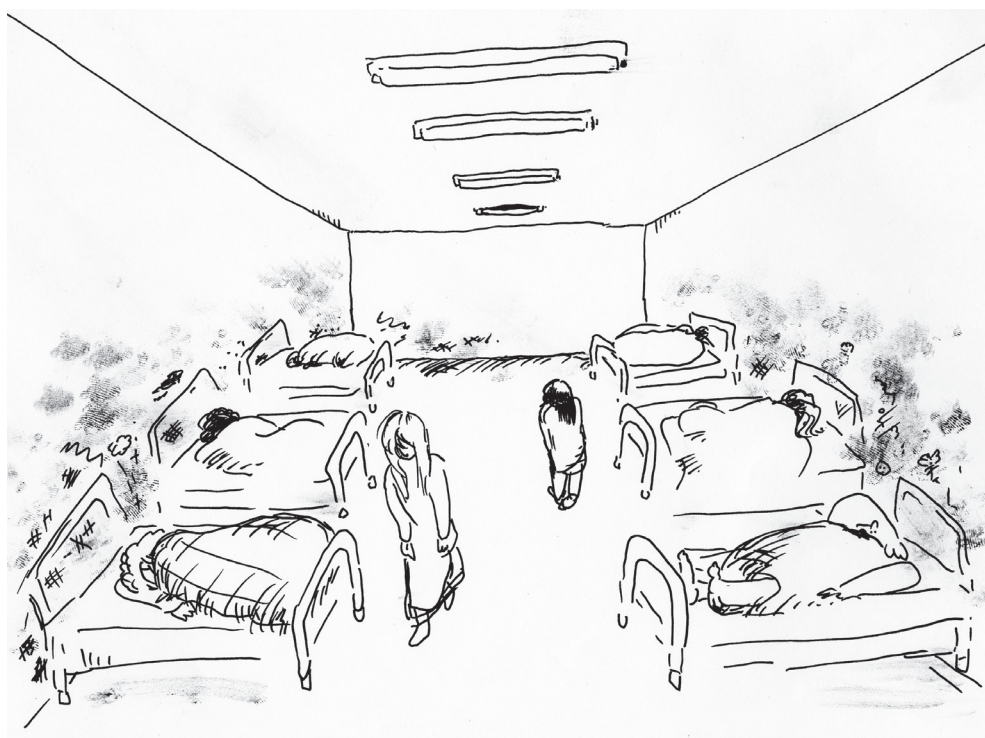
f) *Da garantia dos direitos associados a cada tipo de internação:*

Como veremos abaixo, cada tipo de internação exige o cumprimento de algumas exigências por parte dos serviços de internação, para garantir os direitos do usuário. Como já indicamos, as crises mentais implicam muitas vezes em diminuição ou perda provisória da plena capacidade de tomar decisões, e por isso as leis requerem certos cuidados e garantias para assegurar os direitos básicos da pessoa. Este tema será tratado na próxima seção.

g) *Do acompanhamento e/ou fiscalização dos serviços de acolhimento ou internação pelos órgãos responsáveis, pelos conselhos de saúde (controle social) e pelos movimentos sociais da área da saúde e saúde mental:*

Os serviços de acolhimento ou internação psiquiátrica ou psicossocial devem ser constantemente monitorados e fiscalizados, particularmente quando são do tipo hospitalar ou em entidades fechadas, cujo acesso às instalações normalmente é limitado. Dada a situação de maior fragilidade associada à crise, às vezes ela prejudica temporariamente, parcial ou inteiramente, a capacidade da pessoa de participar das decisões do tratamento ou de exercer seu direito à avaliação do tratamento ou de reclamar. No primeiro capítulo deste manual, indicamos as violações aos direitos fundamentais da pessoa humana que ocorrem nos hospitais psiquiátricos com características manicomiais.

Assim, é obrigação legal dos gestores da rede de saúde mental, das secretarias e entidades de direitos humanos, do legislativo, da vigilância sanitária, dos conselhos de saúde, do Ministério Público, dos conselhos profissionais, bem como dos movimentos sociais do campo da saúde, saúde mental e direitos humanos que compõem estas entidades e conselhos, de realizar visitas regulares e fiscalizar estes serviços, conversando com seus usuários e familiares. Infelizmente, este processo de fiscalização ainda está se construindo gradualmente no Brasil, e em muitos municípios, não existe ou funciona muito precariamente. Entretanto, nos últimos anos, o movimento antimanicomial, as secretarias de direitos humanos, o Ministério da Saúde, as coordenações de saúde mental mais comprometidas nos estados e municípios, os conselhos de saúde, bem como o Ministério Público, têm gerado **intervenções judiciais nas instituições psiquiátricas** nas quais as denúncias são mais graves.



Pacientes dos hospitais psiquiátricos de Sorocaba (SP) morrem três vezes mais que a média dos hospitais psiquiátricos públicos do Estado de São Paulo, gerando uma intervenção do Ministério Público:

Notícia veiculada pelo jornal "O Estado de São Paulo", em 16 de abril de 2011, informa que "hospitais psiquiátricos privados da região de Sorocaba, SP, registraram 459 mortes de pacientes entre 2006 e 2009". Os dados mostram que nesses sete hospitais psiquiátricos particulares da região, conveniados com o SUS, e que compõem o maior polo manicomial do País, com mais de 2,7 mil pacientes, morrem três vezes mais pacientes do que nos outros hospitais do Estado. Também chama a atenção a pouca idade de muitos dos pacientes mortos, que tinham entre 17 e 39 anos, e o número elevado de mortes por causas desconhecidas ou assinaladas apenas como causadas por parada respiratória. Como resultado dessa denúncia, o Ministério Público do Estado de São Paulo realizou, em dezembro de 2012, um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com o Ministério Público das três esferas de governo (União, estado e municípios) para obrigar estas instituições a superar os problemas denunciados. Este é o primeiro TAC tripartite na área de saúde mental envolvendo todas as esferas de governo.

- h) *Das visitas regulares e do acompanhamento do acolhimento e/ou internação pelos familiares, representantes pessoais, amigos, profissionais de saúde, pastores e religiosos interessados, e demais companheiros do movimento de usuários e familiares, e de como os serviços permitem e estimulam este acompanhamento:*

Dada a fragilidade da pessoa durante a crise e a internação, e o alto risco de ocorrer alguma forma de desrespeito a seus direitos fundamentais por parte dos serviços de internação, os seus familiares, representantes pessoais, amigos e companheiros do movimento de usuários e familiares, têm **o direito e o dever de realizar visitas e telefonar regularmente**. Devem avaliar o seu estado de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar cada passo do processo de internação e das formas de tratamento utilizadas, por exemplo, pedindo o acesso ao prontuário. Em caso de alguma irregularidade ou desrespeito a direitos, estas pessoas têm o dever de tomar as medidas necessárias para impedi-las.

Em muitos países, o movimento de usuários e familiares em saúde mental têm criado projetos para acompanhar os usuários internados, para preparar bem a alta e para estar junto com ele no momento de volta para casa. Estes projetos são importantíssimos principalmente para aqueles usuários que moram sozinhos ou que não têm uma rede familiar ou de amigos.



Por sua parte, os serviços de saúde mental e seus trabalhadores e profissionais têm o dever legal de estimular e de criar as condições para este acompanhamento pela família, cuidadores e representantes pessoais do usuário. Isso pode se dar de diferentes formas, por meio de visitas domiciliares, convite para visitas regulares e reuniões de orientação nos serviços de atenção psicossocial, formação de grupos de familiares e de associações de usuários e familiares, e pleno acesso do usuário aos meios de comunicação, como por exemplo o telefone, para que possa se comunicar com a família e amigos.

✓ 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:

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

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 (...) (1)

✓ Art. 4º Parágrafo único: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor (...), garantindo-lhe:

V - o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames;

VI - o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida;

VII - o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente aberta em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

IX - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto;

XII - o recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário;

XIV - o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros;

XV - a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação. (5)

i) *Da preparação da alta pelos serviços de internação e da continuidade do suporte e da assistência fora deles, para evitar futuras reinternações desnecessárias:*

O processo de alta precisa ser bem planejado e programado, com base em um contrato de compromissos do usuário e seus familiares-cuidadores, com a adesão ao tratamento psicossocial. Se a internação ocorre em um CAPS III, como indicado acima, a continuidade do tratamento ocorre mais naturalmente, por que ali já é o serviço regular do usuário. Contudo, se ocorre em um serviço longe da moradia da pessoa, a família e os serviços de saúde mental responsáveis

(1) Lei 10.216, de 2001.

(5) Portaria nº 1.820 de 2009 do Ministério da Saúde, que estabelece a Política Nacional de Humanização nos serviços do SUS.

pela área onde mora devem ser contatados previamente, para acompanhar o processo de alta, dar todo o suporte no dia em que ela ocorrer e garantir a continuidade do tratamento de qualidade na comunidade. Isso é fundamental para assegurar a recuperação da pessoa e evitar novas re-internações. Quando isso não está assegurado, a tendência é ocorrer o que se chama de "porta giratória", em que a pessoa entra e sai constantemente dos serviços tradicionais de internação, particularmente nos hospitais psiquiátricos.



- j) *Do projeto de inserção social de médio e longo prazo, por meio da rede de suporte familiar e social que a pessoa já dispõe ou da reconstrução de novos vínculos sociais na comunidade; da disponibilidade de serviços substitutivos, como os serviços residenciais terapêuticos; e da conquista dos benefícios sociais a que o usuário tem direito:*

Muitas vezes, o transtorno mental ou os problemas decorrentes do uso de drogas estão associados a uma perda ou crise dos vínculos familiares e/ou sociais mais significativos da pessoa. Cabe aos serviços de atenção psicossocial de base local mapear esta rede de referência da pessoa, entrar em contato ou visitar, ajudando a renegociar o projeto de vida do usuário. Quando esta rede não existe, é preciso estimular ainda mais o usuário a recriar novos vínculos significativos e a se inserir em atividades de trabalho, cultura e lazer. Às vezes, é necessário buscar juntos uma recolocação em um serviço de moradia, com o nível de assistência adequado. Em paralelo, cabe buscar junto com ele os benefícios sociais a que tem direito, como as pensões, aposentadorias, Benefício de Prestação Continuada, etc (o tema dos direitos sociais dos usuários e familiares será tratado com mais detalhes em um capítulo próximo). O dinheiro de uso pessoal é um componente fundamental do processo de recuperação e de inserção na sociedade.

Quando todo este trabalho abrangente é realizado, a probabilidade de novas internações diminui significativamente.

xxx

Depois desta visão mais ampla dos componentes necessários para uma atenção integral à crise, e que também visam diminuir os riscos de desrespeito aos direitos fundamentais da pessoa em caso de internação ou acolhimento, temos agora condições de apresentar os diferentes tipos de internação existentes na lei brasileira e os direitos básicos a serem assegurados em cada um deles.

3) Os vários tipos de acolhimento ou internação psiquiátrica, e seus direitos específicos

As várias modalidades de acolhimento/internação psiquiátrica foram reconhecidas no Brasil pela Lei 10.216, da Reforma Psiquiátrica, de 2001, e regulamentadas logo após pela Portaria 2.391, de 2002, do Ministério da Saúde. Cada uma delas será discutida a seguir, com suas normas processuais, seus riscos e seus direitos legais, bem como as estratégias existentes para garantir a dignidade das pessoas envolvidas e diminuir ao máximo possível os riscos inerentes a elas.

Após a discussão das três modalidades clássicas (voluntária, involuntária e compulsória), teremos aqui duas sessões adicionais, contemplando: (1) os direitos especiais das pessoas internadas por longo tempo nas instituições psiquiátricas do tipo manicomial; (2) o acolhimento e/ou internações específicas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, cada vez mais adotadas hoje no Brasil.

- ✓ 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. 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. (1)
- ✓ PRINCÍPIO PARA ADMISSÃO n.o 15: 1) Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.2) O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outro problema de saúde qualquer.3) Todo usuário que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para a sua retenção como paciente involuntário, conforme o princípio /16, devendo-se informar esse direito ao usuário.(6)
- ✓ Art. 2º. Definir que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.
Art. 3º Estabelecer que ficam caracterizadas quatro modalidades de internação: - Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI); - Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV); - Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI); - Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC). (7)

(1) Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica

(6) Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU

(7) Portaria 2.391, de 2002, do Ministério da Saúde, que regulamenta as diversas modalidades de internação psiquiátrica.

3.1) O acolhimento ou Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV) e seus direitos



A Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV) é feita a pedido da própria pessoa ou com a sua expressa concordância, por meio de assinatura de um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**. Por meio deste documento, a pessoa afirma que recebeu as informações necessárias para tomar a decisão e que esse é o regime de tratamento escolhido por ela. Além dessas exigências, a internação voluntária deverá ser autorizada por médico registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado em que o serviço está localizado.

Para que a pessoa com transtorno mental peça sua internação voluntária e ela possa ser válida, é preciso que ela seja civilmente capaz. Isso quer dizer que a pessoa deve:

- ter dezoito anos completos ou mais;
- não ser interditado judicialmente;
- e não se encontrar psiquicamente debilitado ou desorientado (não estar delirando ou estar incapaz de compreender minimamente a situação em que se encontra, ou em estado alterado de consciência em virtude do uso de substância psicoativa, dentre outros).

A internação voluntária pode terminar quando o usuário assim o pedir, e se o médico concordar com ela. Assim, a pessoa é estimulada e empoderada, antes mesmo da entrada no serviço, a avaliar sua própria situação e os eventuais riscos que corre na família, na sociedade ou dentro do serviço. Desta forma, o usuário garante para si pelo menos o direito de pedir sua alta quando quiser. É claro que isso não assegura que ele conseguirá concretizar este direito, pois a alta dependerá ainda da avaliação e negociação com a família (que deve estar atenta à vontade de seu familiar internado, e participar de todas as decisões), e com os profissionais, que devem estimular a presença da família e ouvir os pedidos da pessoa internada. Esta negociação é importante para evitar que uma pessoa ainda sem condições de tomar decisões, ou que possa se colocar em uma situação de risco, possa ser liberada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): constitui um documento com valor jurídico, que contém as informações mais importantes sobre o tratamento que será realizado. Por isso, o TCLE deve ser escrito em linguagem simples e compreensível para que a pessoa que participará do tratamento, seus familiares ou seu representante legal, possam ler, entender e concordar com seu conteúdo. Além disso, os profissionais devem esclarecer todos os detalhes adicionais que não constam do documento, e só depois que a pessoa ou seu responsável não tiverem mais dúvidas, é que deverão, então, assinar o TCLE, concordando em receber ou passar pelo tratamento. A pessoa que assina o TCLE tem o direito de receber uma cópia ou uma via do documento que assinou.

De qualquer forma, o usuário garante que sua situação seja re-examinada e renegociada, e só em caso de algum risco comprovado continuará internado. Nesta opção, sua internação será transformada em involuntária (Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária - IPVI), o que obrigará a instituição a tomar os cuidados e assegurar as garantias da nova modalidade, descritas abaixo.



Estudo comparativo em países da Comunidade Européia usa a taxa de internações voluntárias e involuntárias como indicador e critério importante na avaliação das políticas de saúde mental:

Embora este tipo de dados estatísticos sejam difíceis de se conseguir e de se comparar, o estudo organizado pelo Prof. Steen Mangel, da Escola de Londres de Economia, publicado em 1985, já apontava a possibilidade de usar este indicador como um critério importante do grau de humanização da assistência em cada país. Na época, a Dinamarca parecia com a menor taxa de internações involuntárias, de apenas 3%, seguida pelo Reino Unido, com 10%, e depois pela Irlanda, Holanda e França, com cerca de 15%. No caso da Itália, que realizou uma reforma psiquiátrica integral, fechando seus serviços manicomiais em 1978, já não havia dados disponíveis (Fonte: MANGEN, SP - *Mental health care in the European Community*. Worcester, Billing & Sons, 1985).

No Brasil, muitos serviços de acolhimento e internação ainda não fazem esta distinção entre internação voluntária ou involuntária, de acordo com a Lei 10.216 e com a Portaria 2.391, de 2002, do Ministério da Saúde, e portanto, não asseguram dos direitos específicos de cada uma. No caso dos Centros de Atenção Psicossocial do tipo III, que funcionam as 24 horas do dia e 7 dias por semana, e que possuem leitos para o que é chamado de acolhimento noturno, não há normas específicas. Geralmente este acolhimento acontece em uma outra lógica de atenção, na perspectiva da reforma psiquiátrica, isto é, por períodos curtos, perto do lugar de moradia da pessoa, e em um serviço com os quais já tem vínculos e onde realiza a atenção psicossocial diária. Assim, os procedimentos normalmente são de natureza informal. Entretanto, em caso de conflito entre a avaliação dos profissionais e a vontade de um usuário, relativo ao tempo de permanência ou a estratégias de cuidado, recomenda-se que, do ponto de vista jurídico, os mesmos direitos e garantias processuais da Internação Psiquiátrica Voluntária prevaleçam.

Assim, uma das tarefas indicadas no final deste capítulo, para usuários e familiares que discutem o tema, é conhecer bem os direitos de cada tipo de internação ou acolhimento, procurar se informar e conhecer os serviços deste tipo em sua cidade, e verificar se eles seguem as normas e se respeitam os direitos dos usuários neste aspecto.

Em países que consolidaram um sistema bem diferenciado entre internação voluntária e involuntária, com direitos e obrigações distintas, as internações voluntárias são fortemente estimuladas, e as involuntárias criam novas exigências que as desestimulam. Apesar das dificuldades de se ter dados confiáveis e de se comparar as diferentes situações e contextos dos diversos países, um importante **critério internacional de humanização da atenção à crise** constitui a taxa de internações involuntárias no conjunto das internações psiquiátricas.

3.2) A Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) e seus direitos



Internação Involuntária é aquela indesejada, realizada contra a vontade da pessoa. Ela só se justifica quando a pessoa está em crise aguda, perdendo totalmente a capacidade de avaliar a situação na qual se encontra ou as consequências de seus atos, e há risco grave e eminente da pessoa de saúde, de se prejudicar ou atentar contra a saúde própria ou de alguma pessoa próxima, geralmente a família, cuidadores ou amigos. Outra situação que pode justificá-la é quando a pessoa em crise está agressiva, perde o controle do seu comportamento, e destrói os bens materiais de sua própria casa ou de outros, sem ouvir mais quaisquer advertências no sentido contrário. Assim, esta forma de internação pode ser solicitada por um familiar, responsável legal (curador) ou ainda por um profissional da saúde, "especialista responsável pelo tratamento".

Essa modalidade de internação, dependendo das condições em que ocorre, como indicamos acima, pode trazer graves consequências para a vida da pessoa. Primeiramente, dependendo do seu tempo de duração, pode gerar o indesejável enfraquecimento ou rompimento da sua rede de relações, afetando seus vínculos familiares, sociais, afetivos e profissionais. Em segundo lugar, porque às vezes ela ainda é realizada em hospitais psiquiátricos convencionais, fechados, e logo como primeira opção, como procedimento banal, e não apenas depois de se esgotarem todas as possibilidades de tratamento extra-hospitalar existentes no território da pessoa, ou seja, na sua comunidade, no seu bairro ou em outro município próximo dali. Em outras palavras, a internação involuntária pode continuar a ser utilizada da mesma forma que no modelo manicomial de psiquiatria, ou seja, como única ou a principal opção de tratamento oferecido à pessoa com transtorno mental.

Por fim, esse tipo de internação fere a autonomia e a liberdade de locomoção da pessoa com transtorno mental, podendo levar à **prática de abusos por parte de um familiar, representante legal ou profissionais da saúde.** Por isso, é direito do usuário pedir e ter a presença médica (do profissional de referência ou alguém de sua equipe terapêutica), a qualquer hora, para explicar-lhe sobre a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária. E como vimos acima, ela só deve acontecer no caso de uma recusa em realizar o tratamento voluntariamente, ou a possibilidade real e concreta do usuário vir a causar mal a si ou a outra pessoa.

A possibilidade do uso da internação involuntária para invalidação e práticas de abuso contra a pessoa com transtorno: sabemos que uma pessoa em crise pode gerar uma situação de exaustão em sua família ou cuidadores, pelo esgotamento de seus recursos psíquicos, físicos ou financeiros em lidar com ela. Assim, a internação pode significar uma legítima pausa para descanso, para se repensar as novas formas necessárias de cuidado e de como garantir o bem estar na família no futuro próximo, a que ela tem direito. No entanto, isso não pode significar a negligência ou o abandono da pessoa no serviço de internação, o que é negar os deveres da família, como temos alertado neste manual. Lá também registramos casos ainda mais graves. Nas defensorias públicas, delegacias e tribunais brasileiros existem registros de uso da internação involuntária por familiares, cuidadores ou representantes legais para: (a) não enfrentar ou reforçar a discriminação por terceiros e pela comunidade; (b) invalidar a vontade da pessoa, impedindo-a de tomar parte de decisões importantes; (c) praticar furto ou violência patrimonial, se apropriando de bens ou benefícios sociais da pessoa; (d) tentar impedir que a pessoa denuncie formas de violência sofridas. Quando há suspeitas reais neste sentido, todo o cuidado é necessário, como descrevemos no primeiro capítulo, e as estratégias para lidar com estas situações serão discutidas no último capítulo.

Quando ocorre Internação Psiquiátrica Involuntária, o responsável técnico do serviço de saúde mental ou de saúde geral deve informar o Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios, em até 72 horas depois da internação. Isso é feito por meio de Termo de Comunicação de Internação Involuntária. Se essa comunicação não for feita, fica caracterizado o crime de cárcere privado. O Ministério Público também deve ser informado pelo hospital sobre a alta de pessoa com transtorno mental.

Além do Ministério Público, outro órgão que deve fazer o acompanhamento e análise da legalidade das internações involuntárias é a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias. Essa Comissão deve ser composta por equipe multiprofissional e por representante do Ministério Público Estadual ou Distrital, e deve fazer, até o sétimo dia da internação, a reavaliação da sua necessidade, por meio de laudo técnico de confirmação ou suspensão do regime de tratamento indicado. O serviço de saúde onde a pessoa com transtorno mental está internada involuntariamente deve ser comunicado do laudo emitido por essa Comissão Revisora, no prazo de vinte quatro horas. Infelizmente, no Brasil, não temos ouvido falar de casos de implementação efetiva destas comissões.

- ✓ 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. (1)

(1) Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

✓ Princ. 16 / 1. Uma pessoa pode (a) ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental: ou (b) tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio 14, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar: (b.a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato iminente à pessoa ou a outros; (b.b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no sub-parágrafo (b), um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntária não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.

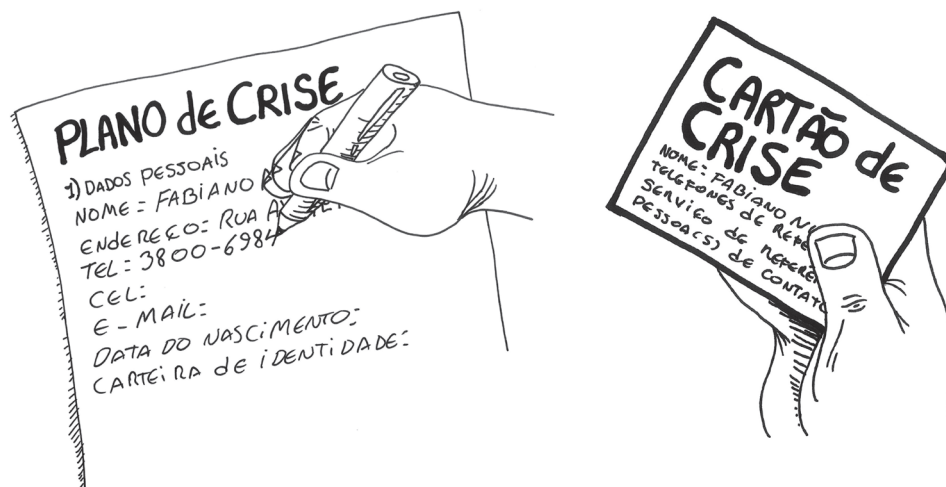
2. A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos de admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, à sua família.

3. Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designada para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional. (6)

Em alguns países, o movimento de reforma psiquiátrica tem criado um dispositivo interessante e bem sucedido para amenizar a situação de fragilidade pessoal e de desrespeito aos direitos da pessoa nos casos das internações involuntárias, aproveitando uma brecha criada na assistência geral em saúde. Este dispositivo foi chamado de **Diretivas Antecipadas**. Através delas, nos momentos em que está bem, o cidadão expressa como gostaria de ser tratado em caso de se encontrar em um estado de crescente deterioração de sua saúde e em que teria prejudicada sua capacidade de tomar decisões. Isso ocorre por exemplo nas demências e doenças neuro-musculares, que vão exigindo cada vez mais máquinas e tratamentos artificiais para manter a pessoa viva, em sua fase terminal, e muitas vezes com perda geral da consciência e de sua dignidade pessoal.

Por sua parte, os movimentos de reforma psiquiátrica acabaram criando uma versão deste dispositivo para o campo da saúde mental, que tem sido chamado de Diretrizes Psiquiátricas Antecipadas, ou simplesmente, de **plano e cartão de crise**. Nos momentos em que o usuário está bem, ele traça, junto com o seu serviço de atenção psicossocial de referência e com as pessoas de sua confiança, um plano de como deseja ser tratado no momento da crise, o que não deseja que seja feito, as informações básicas acerca de seu tratamento e dos medicamentos que usa e dos que não pode usar, bem como elegendo seu representante pessoal para tomar decisões, no caso de estar impossibilitado para isso. Este plano, que geralmente é sigiloso, fica na residência do usuário e é também arquivado no seu serviço de referência ou nos registros centrais do sistema de saúde. O usuário passa a levar consigo, junto aos seus documentos de identificação, um cartão que fornece as informações básicas para atenção imediata pelos serviços de emergência e indica a existência deste plano, a ser consultado necessariamente no momento da atenção à crise. Em alguns países, há normas claras que exigem que os profissionais levem em conta o plano de crise.

(6) Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, da ONU.



Do ponto de vista dos direitos do usuário, trata-se de um **dispositivo que busca estender preventivamente a sua cidadania e seus direitos, como pessoa, para os momentos de crise**, ou seja, quando ele pode perder a sua plena consciência. Assim, faz perdurar a expressão de sua vontade, bem como a sua capacidade de dar informações importantes sobre as formas de cuidado que deseja, e aquelas que rejeita.

No Brasil, ainda não temos experiências implantadas deste dispositivo, mas a base legal para começar a reivindicá-lo foi lançada recentemente. Trata-se da Resolução 1.995, de 2012, do Conselho Federal de Medicina, que estabelece as normas para que qualquer pessoa possa definir os limites de recursos terapêuticos para os momentos em que estiver incapacitado para expressar sua vontade, e portanto normatizando o que foi chamado de **diretiva antecipada de vontade**. Desta forma, o movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica tem agora, no Brasil, a base normativa para se apropriar do dispositivo, e criar as bases do plano e do cartão de crise, ampliando assim a luta pela garantia dos direitos do usuário na atenção à crise.

✓ Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

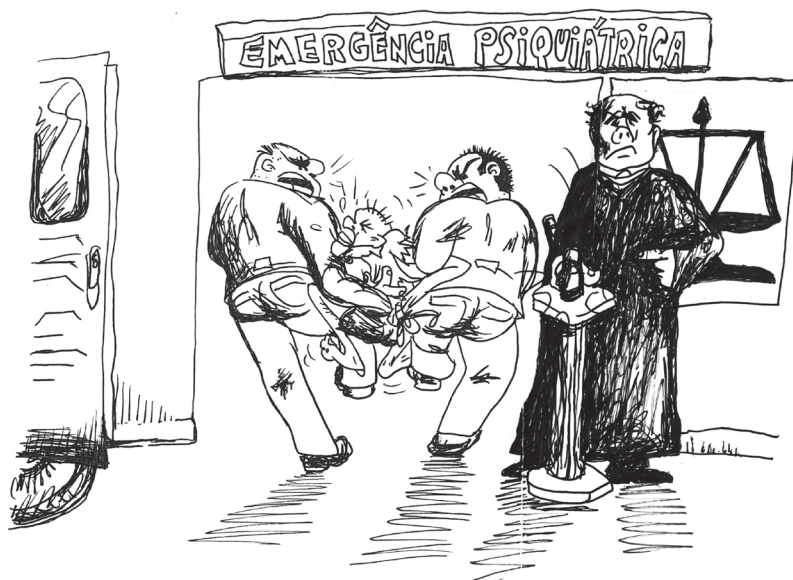
§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica. § 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. § 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.⁽⁷⁾

⁽⁷⁾ Resolução 1.995, de 2012, do Conselho Federal de Medicina, que estabelece as normas para a *diretiva antecipada de vontade*.

2.4) Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC)

No Brasil atual, há um intenso debate jurídico sobre o que é a IPC e em que situações deve ser usada, dividindo as opiniões. A variedade de entendimentos se deve em parte à imprecisão dos principais textos legais que a normatizam. Por exemplo, a Lei n. 10.216/2001, da Reforma Psiquiátrica, e a Portaria MS 2.048, de 2009, dizem que a internação psiquiátrica compulsória é “aquela determinada pela Justiça ou por medida judicial”, o que leva a ter ações e decisões judiciais as mais diversas, tanto na área cível quanto penal.



✓ 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. 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. (1)

Assim, essas decisões judiciais podem afetar diferentes grupos de pessoas, com vários objetivos. Por exemplo, no início dos planos de enfrentamento do crack, a partir de 2010, o dispositivo da IPC foi apropriada indevidamente para internações forçadas, indiscriminadas e em massa de usuários de crack, para fins de “limpeza social”, para retirar pessoas pobres das regiões mais valorizadas das cidades, tema que trataremos logo abaixo. Felizmente, este uso da IPC foi muito criticado pelas entidades de direitos humanos e da justiça, e foi reduzido significativamente. Em outras, a IPC é a resposta dos juízes aos apelos de familiares ou das próprias pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso nocivo de drogas, sobretudo de crack. Essas situações representam formas de **judicialização** na assistência à saúde e na atenção psicossocial.

(1) Lei n. 10.216, de 2001, ou Lei da Reforma psiquiátrica.

Judicialização: Apesar de ser um fenômeno complexo, podemos conceituá-lo, para os fins deste manual, como o processo cada vez mais frequente em que a justiça é chamada para resolver conflitos da vida política e social. Assim, se amplia os limites da atuação e do poder do Poder Judiciário, que passa a atuar, a se manifestar e a decidir sobre questões sociais (econômicas, familiares, científicas etc) e políticas (leis, políticas públicas) que antes eram realizadas na esfera do Poder Legislativo e do Poder Executivo. Tem *aspectos positivos*, como possibilitar aos cidadãos e movimentos sociais apelarem ao Poder Judiciário para buscar a efetivação de seus direitos, que passaram a ter proteção jurídica, particularmente após a Constituição de 1988. Por exemplo, quando o Estado não implementa adequadamente os serviços de atenção psicossocial, ou não possibilita o acesso à medicação ou a tratamentos necessários. Assim, as decisões judiciais estimulam o Estado a ofertar serviços, a cumprir suas obrigações e a efetivar direitos sociais. Contudo, também tem *aspectos negativos*. O Judiciário pode interferir, negativamente, em políticas públicas já existentes ou comprometer o orçamento público de municípios. Por exemplo, o juiz acaba respondendo a pedidos individualizados e muito imediatos da população, sem um conhecimento mais aprofundado do campo, passando às vezes por cima de critérios já discutidos e consagrados há muito mais tempo pela política pública. Outras vezes, pela inexistência de serviços ou falta de vagas na rede pública, obriga o Estado a utilizar e fortalecer a rede privada de serviços, desestimulando a criação, expansão e melhoria da qualidade dos serviços públicos, como aqueles descritos neste manual. A judicialização também é negativa quando é acionada sem necessidade, sem esgotar os mecanismos institucionais já existentes, gerando demora nas decisões, podendo provocar, inclusive, danos a direitos humanos e fundamentais das pessoas envolvidas no processo judicial, tais como a dignidade humana, o direito à autonomia e à autodeterminação e o direito à não discriminação.

É preciso avaliar as consequências e violações da judicialização operada pelas atuais normas e práticas da internação compulsória (IPC) para todas as possíveis pessoas envolvidas, independente do tipo de necessidade que a gerou. **As principais consequências desta forma de judicialização identificadas por nós, autores deste manual, são:**

- a) Quando é a própria pessoa que pede ao juiz para que seja internada, o que configuraria uma *internação voluntária* (IPV, já discutida acima), a IPC acaba passando por cima dos direitos e salvaguardas da pessoa neste tipo de internação, já discutidos acima.
- b) Quando o pedido é da família, sem o consentimento da pessoa, em tese temos uma *internação involuntária* (IPI), que também tem suas salvaguardas (já identificadas acima), mas que não são asseguradas pela IPC.
- c) A orientação que os juizes têm para atuar no caso de IPCs de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, exposta pelo Provimento n.o 04 de 2010 do Conselho Nacional de Justiça, requer apenas que os juizados montem equipes multiprofissionais para identificar e montar um banco de dados sobre os serviços existentes, as capacite, e estenda esta capacitação aos próprios juizes. No artigo 3º, parágrafo 2º, orienta apenas para que o juiz se limite a fazer o encaminhamento. Assim, esta prática deixa todas as demais providências (tipo de tratamento, tempo de internação, finalização do tratamento) para rede de atendimento ou para as próprias instituições que recebem o usuário, e o juiz não faz um monitoramento de cada caso. Podemos dizer então que a internação compulsória, na forma como está hoje no país, em 2014, e principalmente quando se trata de instituições privadas conveniadas, coloca um enorme poder nas mãos do juiz, mas este acaba não assumindo a responsabilidade sobre o que acontece depois. Outras vezes, na direção

contrária, as IPCs restringem a autonomia da pessoa e de sua família, mas também da própria equipe de saúde, pois, todos ficam, em última instância, submetidos ao poder do juiz. Este pode, por exemplo, entender que a família e/ou a equipe descumpriu ordem judicial, se, por exemplo, solicitar alta, retirar o paciente do serviço ou der alta ao usuário, sem o seu conhecimento ou autorização prévia.

- d) Reconhecendo a dificuldade em determinar em que casos a IPC deve ser aplicada, o próprio Poder Judiciário, na "I Jornada da Saúde do Conselho Nacional de Justiça" (CNJ), em 2014, aprovou o Enunciado n. 03, onde "recomenda-se ao autor da ação, a busca preliminar sobre disponibilidade do atendimento, evitando-se a judicialização desnecessária."
- e) Em síntese, as IPCs, na forma ampla e inespecífica em que foram normatizadas e são praticadas hoje, significam um retrocesso em relação aos principais textos legais sobre a autonomia e os direitos humanos e fundamentais da pessoa, no campo da atenção psicossocial, já identificados neste manual desde o primeiro capítulo.

Há ainda um outro caso particular de uso autorizado das IPCs na atual legislação brasileira: o de pessoas interditadas, decorrentes de transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de drogas, tema que será tratado mais largamente abaixo. De acordo com o artigo 1.777 do Código Civil Brasileiro, os curadores das pessoas interditadas podem interná-las compulsoriamente "quando não se adaptarem ao convívio doméstico".

Essa antiga e ultrapassada forma de internação compulsória, que tem sobrevivido às atualizações do Código, está na contramão das leis mais recentes da reforma psiquiátrica e das políticas públicas de atenção psicossocial, bem como das convenções internacionais, como já indicamos neste manual desde o primeiro capítulo. Ele fere também a lei n. 11.343 de 2006, sobre drogas, que prevê que o poder público deverá colocar à disposição do usuário, gratuitamente, tratamento a ser realizado, preferencialmente, em ambulatório, ou seja, em serviço extra-hospitalar. O Ministério Público brasileiro reconhece os problemas deste dispositivo. A sua Comissão Permanente de Saúde do Grupo Nacional de Direitos Humanos (COPEDS), do Conselho Nacional dos Procuradores Gerais de Justiça, elaborou e aprovou o seguinte Enunciado em março de 2014, a ser seguido por Promotores de Justiça e Procuradores da República: "A internação compulsória é medida excepcional na conduta terapêutica do paciente em saúde mental (nos termos da Lei 10.216/2001), após esgotados todos os recursos extra-hospitalares, não necessitando do procedimento de interdição, sendo que sua determinação judicial deve ser amparada em laudo técnico circunstanciado, indicando os motivos que a justificam, expedido por médico no regular exercício de suas atribuições, e não perdurará após o paciente receber alta clínica."



- ✓ Art. 1.777 - Os interditos referidos nos incisos I [enfermos ou deficientes mentais sem o necessário discernimento para os atos da vida civil], III [os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos] e IV [os excepcionais sem completo desenvolvimento mental] do art. 1767 serão recolhidos em estabelecimentos adequados, quando não se adaptarem ao convívio doméstico. (8)

É por todos esses argumentos que nós, autores deste manual, defendemos que, mesmo que a Lei 10.216 de 2001, da reforma psiquiátrica, não o diga expressamente, **o atual dispositivo legal de internação compulsória só é coerente como uma medida de segurança, ou seja, regida pela legislação penal**. Isso não implica em defender a redução do poder dos juízes em decretar, a pedido da pessoa ou de seus familiares, o acesso a tratamentos ou internação, quando as autoridades não os oferecem. Este é um dos aspectos positivos da judicialização. Entretanto, este ato judicial não pode anular os direitos e salvaguardas das internações voluntárias ou involuntárias.

Por sua vez, no contexto da legislação penal brasileira atual, a IPC é um dispositivo a ser usado se uma pessoa adulta com transtorno mental for suspeita ou realmente houver praticado um crime, que seja punido com pena de prisão, em decorrência da perda da capacidade de julgamento gerada pelo transtorno mental.

É importante lembrar que as pessoas que fazem uso de drogas, de acordo com a lei 11.343 de 2006, sobre drogas, não se enquadram nessa situação. Apesar de o uso de drogas ilícitas ainda ser considerado crime, ele não é mais punido com perda da liberdade, mas com penas alternativas, tais como advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Também cabe destacar que, se a pessoa com necessidades decorrentes de drogas encaminhada ao Poder Judiciário tiver que realizar tratamento especializado, o Poder Público, por ordem judicial, deverá colocar à sua disposição estabelecimento de saúde, gratuito e, “preferencialmente ambulatorial”.

- ✓ Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.
§ 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.
§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado. (9)
- ✓ Enunciado Saúde Pública n.º 1 - Nas demandas em tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos e/ou com problemas de álcool, crack e outras drogas, quando deferida a obrigação de fazer contra o poder público para garantia de cuidado integral em saúde mental (de acordo com o laudo médico e/ou projeto terapêutico elaborado por profissionais de saúde mental do SUS), não é recomendável a determinação a priori de internação psiquiátrica, tendo em vista inclusive o risco de institucionalização de pacientes por longos períodos. (10)

(8) Código Civil Brasileiro, de 2002

(9) Lei n. 11.343/2006, ou Lei de Entorpecentes.

(10) Enunciados aprovados pela plenária da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), de 2014.

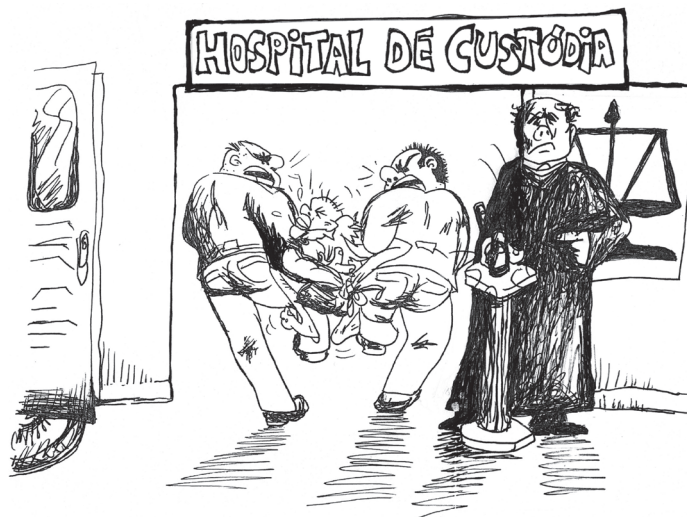
As IPCs também não devem ser aplicadas a casos de *adolescentes*, que praticam um ato infracional, o que pode levar a uma **medida sócioeducativa**. Em *crianças e adolescentes*, se é constatado um transtorno mental ou uso problemático de drogas, pode haver uma **medida de proteção**, por meio de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em ambulatório ou hospital. A sua aplicação deve levar em conta as necessidades pedagógicas da criança e do adolescente, dando-se preferência àquelas que buscam o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, de acordo com os princípios contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente. Estes enfatizam também, entre outros princípios, que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos, ou seja, possuem direitos e obrigações, além de apresentarem condição especial de pessoa em desenvolvimento. Isto significa que estão em processo de mudança física, emocional, cognitiva e social, que se completa apenas na fase adulta; que eles devem ter proteção integral e prioritária, e que eles devem ser sujeitos a uma intervenção mínima das autoridades e instituições.

Medida sócioeducativa: é a resposta, de caráter punitivo, retributivo, pedagógico e ressocializador, dada pelo Estado, a ações contrárias às normas jurídicas, que tenham sido praticadas por adolescente. É a sanção utilizada pelo Poder Público para punir adolescentes que violaram a lei fazendo, assim, com que sejam responsabilizados pelos atos infracionais que tenham praticados, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Medida de proteção ou protetiva: estão previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e são aplicadas pelo Conselho Tutelar, sempre que houver violação dos direitos das crianças e dos adolescentes por ação ou omissão da sociedade ou do Estado. Exemplos podem ser a não oferta de vaga em hospital ou escola; a falta, omissão, abuso dos pais ou responsáveis, como a prática de violência doméstica; ou uma conduta da própria criança ou adolescente que pode se prejudicar, ao não frequentar a escola ou ao fazer uso de álcool ou outras drogas, por exemplo. É importante destacar que a aplicação de medida de proteção é atribuição primeira do Conselho Tutelar, cabendo ao Poder Judiciário, por meio da(s) Vara(s) da Infância e Juventude, atuar em último caso, apenas em situações extraordinárias, como a colocação da criança ou do adolescente em família substituta.

- ✓ Art. 101 - Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:
- I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
 - II - orientação, apoio e acompanhamento temporários;
 - III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
 - IV - inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
 - V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
 - VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; [...] (11)

(11) Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) [Lei n. 8.069, de 1990]



Para a pessoa adulta com transtorno mental suspeita ou que praticou um crime, estas sim sujeitas a **medida de segurança**, é o juiz que define se o tratamento será feito em ambulatório ou por meio de internação, com base na gravidade do crime praticado e não quadro clínico da pessoa, tal como previsto na legislação penal. Um exemplo típico de uso jurídico adequado de uma IPC seria o de uma pessoa que, em surto agudo gerado por transtorno mental, machuca outra pessoa por acreditar que ela queria roubar-lhe a bolsa. Se ficar comprovada, por laudo médico, a necessidade absoluta desta dupla intervenção (médica e judicial), e que o crime foi praticado em razão do transtorno mental, o juiz deverá aplicar a medida de segurança. Ela varia de acordo com o grau de gravidade do crime praticado, indicado na legislação penal em vigor. Temos desde o crime mais leve com pena de detenção, em regime aberto e tratamento ambulatorial, até o caso de delitos mais graves, cuja punição é a internação com reclusão, em regime fechado. Ambas terão um prazo mínimo de um a três anos, a ser cumprido sob a responsabilidade de um estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico, que pode ser um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou uma Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), que são vinculados ao sistema prisional de cada estado. Assim, a medida de segurança tem a forma de um tratamento obrigatório, que não pode ser recusado pela pessoa, já que imposto pela justiça em função da prática de um delito durante uma crise mental.

Medida de segurança: *é uma providência adotada pelo poder público, na forma de tratamento, que objetiva a reinserção social da pessoa adulta com transtorno mental que tenha praticado um crime e que, na visão do Estado, se mostra perigosa. Assim, visa impedir que essa pessoa venha a cometer outro(s) crime(s).*

- ✓ Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Art. 33 - A pena de reclusão deve ser cumprida em regime fechado, semi-aberto ou aberto. A de detenção, em regime semi-aberto, ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado. Art. 41 - O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado. (12)

(12) Código Penal Brasileiro.

Contudo, ao se levar em conta a legislação da reforma psiquiátrica, a política nacional de saúde mental (que é integralmente aplicável nestes casos) e a rede de serviços de saúde do sistema prisional disponível na área, o juiz deve optar pelo tratamento ambulatorial ou comunitário. Só deve impor a internação se não existirem dispositivos comunitários da rede de atenção psicossocial do SUS ou se eles não forem suficientes, depois de todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas. Além disso, o juiz só pode mandar internar a pessoa depois de comprovar que o local em que ocorrerá o tratamento é seguro para ela, para os outros usuários do serviço e para os funcionários. É bom lembrar que, segundo a lei da reforma psiquiátrica, o tratamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei não poderá ser realizado em locais com características asilares, cadeias públicas ou outras unidades prisionais.

A legislação processual penal, contudo, autoriza o juiz ordenar a *internação provisória* da pessoa com transtorno mental que tenha praticado crime, antes de emitir sua sentença sobre o caso e aplicar a medida de segurança, se duas hipóteses, juntas, forem identificadas:

- a) houver indicações concretas de que essa pessoa praticou crime de natureza violenta ou usou de grave ameaça, como estupro ou roubo (uso de arma para obrigar a vítima a se manter quieta e não reagir durante o crime; ameaça de matar alguém da família da vítima);
- b) houver risco concreto de a pessoa cometer novo crime.

Essa internação provisória é chamada de **medida cautelar**, pois objetiva se evitar mais danos, por exemplo, que novo crime seja cometido. Só poderá ser feita após a elaboração do laudo pericial, que comprove que a pessoa oferece perigo para si e para os outros e a possibilidade de que volte a praticar crime(s), se não for internado.

A internação provisória não está prevista na lei n. 10.216, de reforma psiquiátrica, mas sim nas normas do processo penal, o chamado Código de Processo Penal. Nesta área legal, temos uma longa polêmica nos princípios mesmos que sustentam a IPC. Independentemente da espécie de medida de segurança que lhe tenha sido imposta na internação compulsória, do delito praticado e do seu diagnóstico, a pessoa com transtorno mental só receberá "alta", se cessar sua **periculosidade**. Mas, o que é periculosidade? Neste campo, os critérios jurídicos internacionais, as evidências científicas, a norma específica no Código do Processo Legal, bem como a jurisprudência ou experiência gerada pelas decisões dos juízes, são todos imprecisos, subjetivos, e sofrem forte influência do estigma vigente na sociedade. No Brasil, em muitos locais, temos peritos que não são psiquiatras, mas apenas de outras especialidades médicas, e portanto, não devidamente capacitados para uma avaliação mais cuidadosa e complexa em saúde mental. Além disso, a experiência mundial mostra que as próprias características manicomial das instituições de custódia podem manter ou aprofundar os sintomas identificados como sinais de periculosidade, impossibilitando a pessoa de chegar à alta, e portanto alongando ou mesmo eternizando sua internação.

A legislação penal brasileira reforça esta tendência, pois prevê apenas o prazo mínimo para a medida de segurança (um a três anos), não estabelecendo o tempo máximo para o seu cumprimento. Ela então perdura enquanto subsistir a "periculosidade", de acordo com laudo pericial. É a ausência de um tempo máximo para a medida de segurança, portanto, que fornece a base jurídica para as internações de longo ou longuíssimo prazo.

- ✓ Art. 319. São medidas cautelares diversas da prisão: VII - internação provisória do acusado nas hipóteses de crimes praticados com violência ou grave ameaça, quando os peritos concluírem ser inimputável ou semi-imputável e houver risco de reiteração.(13)

(13) Código do Processo Penal, de 2011

Neste campo, a realidade brasileira atual, até 2014, apresenta uma situação gravíssima, como os organismos nacionais e internacionais vêm denunciando. A medida de segurança nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico e o tratamento psiquiátrico cautelar são realizados, na maioria das vezes, em instituições acentuadamente manicomiais, em ambientes degradados, com celas superlotadas, ou em que cada pessoa é submetida a um isolamento excessivo. E mais, não há atenção à saúde em muitas destas instituições. Isso constitui um claro desrespeito aos direitos humanos e fundamentais das pessoas detidas, levando o nosso país a receber várias **interpelações por organismos nacionais e entidades internacionais de direitos humanos**. Além disso,

para a pessoa com suspeita de transtorno mental, a realização do laudo pericial acaba demorando um longo período, geralmente por meses ou até mais de um ano, e em algumas cidades do Brasil, por muitos anos! Isso a obriga a ficar presa por todo esse tempo em cadeias e prisões comuns, junto com detentos às vezes perigosos, e sem o devido tratamento em saúde mental. E nos hospitais de custódia brasileiros, temos casos de internações de até 30 anos!



Reportagens, pesquisas da justiça e entidades de direitos humanos denunciam e interpelam a situação das pessoas com transtornos nas prisões e hospitais de custódia no Brasil:

A partir de 2010, jornais e entidades internacionais e brasileiras têm realizado levantamentos sobre a situação das prisões brasileiras e dos hospitais de custódia. Em censo nacional realizado em 2011 e publicado em 2013 sob encomenda do Conselho Nacional de Justiça [CNJ] (Diniz, D. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil*. Brasília, UnB, 2013), constatou-se 3.989 pessoas nos hospitais de custódia. Uma série de reportagens do jornal "O Globo" em 2013 revelou uma situação mais sombria e preocupante, com pelo menos 8,1 mil pessoas em medida de segurança ou cautelar, com pelo menos 800 deles em presídios comuns! A reportagem encontrou presos provisórios e em isolamento há até 22 anos, às vezes sem medida de segurança ou mesmo sem processo na justiça, sem que se soubesse inclusive as acusações que pesavam sobre eles! (O Globo, 16/6/13). Ainda em março de 2013, o Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Detenção Arbitrária esteve no Brasil, e seu relatório preliminar demonstrou preocupação com a situação das pessoas com transtorno presas em prisões comuns, sem base legal (O Globo, 29/3/2013). Todas estas denúncias levaram o Ministério da Saúde a emitir a Portaria 94, de janeiro de 2014, que institui um serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do SUS.

Dada a pressão interna (por meio de entidades como o Conselho Federal de Psicologia) e internacional, o Estado brasileiro está tentando dar algumas respostas a esta situação geradora de violações. Em 2014, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Houve também um avanço no espaço da assistência à saúde, pois as pessoas submetidas à medida de segurança ambulatorial, a partir de janeiro de 2014, deverão realizar seu tratamento nos serviços da rede de atenção à saúde do SUS (RAPS) e não mais no sistema prisional.

- ✓ Art. 1º - Fica instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).(14)
- ✓ Art. 7º - Os beneficiários da PNAISP são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança. § 1º As pessoas custodiadas nos regimes semiaberto e aberto serão preferencialmente assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde. § 2º As pessoas submetidas à medida de segurança, na modalidade tratamento ambulatorial, serão assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde. (15)

Antes de terminar esta seção sobre as IPCs, é importante ainda lembrar que, além das modalidades já descritas, as IPCs estão sendo confundidas indevidamente com o atual uso indiscriminado e banalizado das internações forçadas, como políticas deliberadas de limpeza urbana por parte de alguns governos municipais. Isso tem significado um enorme retrocesso em relação aos direitos fundamentais da pessoa humana. **Vários relatórios de monitoramento destes recolhimentos forçados têm apontado as seguintes violações:**

- a) Elas ocorrem de forma arbitrária e violenta, desrespeitando os mais básicos direitos fundamentais da pessoa, como indicamos no primeiro capítulo deste manual, bem como incluem a apreensão de todos seus bens pessoais, geralmente jogados no lixo. **Entidades internacionais dos direitos humanos têm alertado sobre estas violações.**

Internação forçada para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas pode gerar formas de tortura, diz especialista da ONU: “Os chamados centros de tratamento de drogas ou centros de ‘reeducação através do trabalho’ podem se tornar locais para a prática da tortura e de maus-tratos, além de serem em muitos casos instituições controladas por forças militares ou paramilitares, forças policiais ou de segurança, ou ainda empresas privadas.” Este alerta foi feito no dia 05 de março de 2013 pelo Relator Especial da ONU sobre a tortura, Juan. E. Méndez, que propôs um debate internacional sobre os abusos em cuidados de saúde, que podem atravessar um limiar de maus-tratos equivalentes à tortura ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. “É comum a internação compulsória de usuários de drogas em supostos centros de reabilitação. Em alguns países, há relatos de que uma vasta gama de outros grupos marginalizados, incluindo crianças em situação de rua, pessoas com deficiência psicossocial, profissionais do sexo, pessoas desabrigadas e pacientes com tuberculose, sejam detidos nesses centros”, afirmou Méndez. E acrescentou que “cuidados médicos que causam grande sofrimento sem nenhuma razão justificável podem ser considerados um tratamento cruel, desumano ou degradante, e se há envolvimento do Estado e intenção específica, é tortura”. Estas declarações foram feitas durante a apresentação do seu mais recente relatório para o Conselho de Direitos Humanos da ONU, que ilustra algumas dessas práticas abusivas de cuidados de saúde, muitas vezes não detectadas, mas apoiadas por políticas de saúde. (Reportagem disponível em: <http://www.onu.org.br/internacao-compulsoria-e-discriminacao-na-saude-podem-ser-formas-de-tortura-diz-especialista-da-onu/>)

(14) Portaria 94, de janeiro de 2014, do Ministério da Saúde.

(15) Portaria Interministerial n. 1, de 2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- b) Elas desrespeitam muitos direitos consagrados no Estatuto da Criança e do Adolescentes, na atual Política Nacional para as Pessoas em Situação de Rua, instituída pelo Decreto Federal 7.053 de 2009, bem como as diretrizes gerais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e sua caracterização de serviços socioassistenciais (Resolução CNAS 109 de 2009). No entanto, em algumas cidades brasileiras, as autoridades judiciais da área da infância e adolescência têm apoiado as políticas de internações forçadas e coletivas de crianças e adolescentes em ambientes urbanos de consumo de drogas.
- c) Elas atingem de forma indiscriminada vários tipos heterogêneos de pessoas que estão no momento no local do recolhimento, sejam elas pessoas em miséria extrema; pessoas pobres com doenças crônicas, tais como tuberculose; pessoas com vínculos familiares fragilizados; usuárias de drogas; ou apenas em situação de rua, de diferentes idades etc, aumentando o processo de sua estigmatização e discriminação.



- d) O recolhimento forçado é geralmente realizado sem capacitação prévia adequada e é imposta (com fortes restrições à recusa de executá-lo) aos trabalhadores das áreas de segurança, assistência social, saúde e limpeza urbana. Vários destes trabalhadores e suas entidades profissionais não concordam com estas medidas, já que desrespeitam os princípios mais básicos de seus códigos de ética profissional.
- e) Elas geram nas pessoas recolhidas mais resistência a qualquer aproximação aos serviços e de profissionais de saúde/saúde mental e assistência social, dificultando a busca por tratamento no futuro.
- f) O acolhimento e a assistência posterior ao recolhimento forçado são geralmente massificados, muitas vezes em abrigos fechados, de difícil acesso e isolados das cidades, sem o devido monitoramento, e em condições sanitárias precárias. Muitas vezes, ocorrem sem uma atenção médica e psicossocial adequada (que requer uma avaliação prévia individualizada, projeto terapêutico singular e monitoramento também individualizado de resultados) e articulada ao SUS. Um relatório de monitoramento de abrigos para crianças e adolescentes no Rio de Janeiro de 2012 denunciou o uso indiscriminado dos mesmos psicofármacos (entre eles Haldol e Fenegan) a todos os abrigados, administrados por técnicos de enfermagem, sem nenhum tipo monitoramento de seus resultados em cada um. Essa prática é caracterizada como uma "medicalização diária e generalizada", como verdadeira "contenção química", que se soma à contenção física, com "pés e mãos amarrados" (Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania - Assembléia Legislativa dos Estado do Rio de Janeiro. *Relatório de visita aos "abrigos especializados" para crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro, junho 2012).

Apesar dos vários debates e denúncias, inclusive com investigações realizadas pelo Ministério Público e entidades de direitos humanos, estas práticas ainda continuam em curso, fora do Sistema Único de Saúde, em grandes cidades brasileiras, até o momento em que escrevemos este texto, em 2014. Para enfrentar esta realidade, vamos discutir mais adiante neste capítulo, no final da seção (3.5), sobre o acolhimento ou internação no campo das drogas, as várias medidas que podem ser tomadas para defender os direitos das pessoas submetidas a estas violações.

XXX

A partir de tudo o que já vimos nesta seção, podemos considerar então que **a internação compulsória é a modalidade de internação mais complexa, polêmica e menos regulada entre as demais formas de internação, sendo também pouco compreendida por gestores públicos e pelos profissionais de saúde e de direito, constituindo uma área propícia para inúmeras violações dos direitos humanos e fundamentais da pessoa.**

Para concluir esta seção, nós, autores deste manual, defendemos o ponto de vista de que **os vários tipos de internação judicializadas deveriam ser urgentemente regulamentadas no Brasil, visando diferenciar e detalhar os direitos e salvaguardas das pessoas envolvidas em cada caso, como tentamos descrever aqui, ainda que de forma resumida. A atual forma jurídica, que atribui um poder desproporcional ao juiz, deveria ser associada apenas aos casos definidos pela legislação penal.**

3.4) A internação de longa permanência em instituições psiquiátricas do tipo manicomial, o programa de desinstitucionalização e os direitos especiais de seus usuários



Como vimos no primeiro capítulo, a internação prolongada do tipo manicomial, que antes da Lei n. 10.216 podia durar anos e até décadas, levou muitas pessoas com transtorno ou necessidades decorrentes do uso de drogas à "carreira psiquiátrica" típica da época: perda de todos os direitos e perda dos vínculos familiares e sociais. Infelizmente, isso gerou um enorme grupo de pessoas internadas, a maioria sem poder sair por falta de suporte social, chamadas injustamente de "pacientes psiquiátricos crônicos".

Com o objetivo de mudar esse quadro e possibilitar que essas pessoas retornem ao convívio social e familiar, foi criada uma política pública especialmente voltada para a alta planejada e a sua reabilitação psicossocial. **Trata-se de um processo amplo, que se utiliza de diferentes estratégias, como:**

- a) o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), criado em 2002, para vistoriar regularmente todos os hospitais psiquiátricos, e no caso de se constatar irregularidades, induzir a sua substituição por serviços abertos de atenção psicossocial;

- b) o *Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH)*, criado em 2004, para redução progressiva e negociada do número de leitos dos hospitais de grande porte;
- c) um *planejamento detalhado de fechamento gradual de cada instituição com casos mais agudos de desrespeito*, incluindo um censo global e uma avaliação detalhada e individualizada das características de cada um de seus moradores e de suas eventuais relações sociais ainda existentes na sociedade. Em caso de resistência de instituições privadas, foram realizadas *intervenções*, sob comando do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde estaduais e municipais;
- d) um *planejamento cuidadoso de resgate da cidadania dos moradores*, se iniciando pela aquisição, quando necessário, de novo registro civil e de carteira de identidade, e para os usuários que o quisessem, o título de eleitor;
- e) a *mobilização de suporte intensivo da rede de atenção psicossocial do local de origem da pessoa ou do novo município que a irá receber*, que passa também a fazer parte da gestão e execução da estratégia de tratamento e de reinserção social;
- f) a garantia de um *apoio financeiro em dinheiro, a bolsa do programa federal "De Volta Para Casa"*, para garantir um recurso em dinheiro para as necessidades básicas do usuário na sociedade. Alguns municípios brasileiros, como o Rio de Janeiro, criaram seu próprio programa de bolsas deste tipo, com um apoio financeiro mais elevado (dois salários mínimos) do que o federal;
- g) a criação de normas e repasse de recursos federais para os municípios criarem os chamados *Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)*, cuja prioridade é receber os usuários que foram moradores das instituições manicomialis;



- h) a mobilização, pelos serviços de reabilitação psicossocial onde cada usuário é inserido, de *oportunidades educacionais, culturais, de trabalho, vida comunitária, sociabilidade e esporte, bem como de inserção nos serviços locais de assistência social, saúde, educação pública, etc.*

Mais detalhes sobre os vários direitos e benefícios sociais incluídos nesta estratégia são apresentados no capítulo específico sobre direitos sociais.

Um exemplo bem sucedido de reabilitação de uma pessoa internada por 40 anos em um hospital psiquiátrico do tipo manicomial:

Moisés Ferreira da Silva ficou internado por 40 anos na antiga Colônia Juliano Moreira (hoje Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira - IMAS), localizado em Jacarepaguá, na cidade do Rio de Janeiro, que na época era muito distante da cidade e abrigava os pacientes considerados irrecuperáveis de outros hospitais psiquiátricos. Segundo Iracema Polidoro, diretora da Associação dos Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira, (APACOJUM), fundada em 1992, “depois de muitos anos de internação, e com o abandono da famílias, esses pacientes eram despejados aqui. Eles chegavam como lote, eram identificados por números, ninguém sabia os nomes [...], e andavam nus”. O processo de reforma psiquiátrica e seu programa de reabilitação psicossocial foram criando novas oportunidades para seus antigos internos, como Moisés. Ele passou a receber uma bolsa do programa “De Volta Para Casa”, foi morar em um dos vários serviços residenciais na comunidade local, passou a frequentar e chegou a ser um de seus diretores da APACOJUM. Atualmente, Moisés tem um trabalho com carteira assinada, se casou e se mudou para uma casa comum na comunidade. Com todo o orgulho, diz: “Não sou mais um homem morto, e hoje sou um militante desse belo movimento, que é chamada a luta antimanicomial”.

(Fonte: <http://www.calameo.com/books/000735503e8747a625184>)

- ✓ Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei. Par. único: O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde. (16)
- ✓ Art. 1º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (17)

3.5) As formas mais recentes de acolhimento e/ou internação individualizada para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, e os direitos dos usuários

Na perspectiva da reforma psiquiátrica, a atenção e o acolhimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas se dá na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que deve oferecer a quantidade e a variedade necessária de serviços capazes de responder a todas as necessidades de assistência neste campo.

⁽¹⁶⁾ Lei 10.708, de 2003, do Ministério da Saúde, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial dentro do Programa “De Volta para Casa”.

⁽¹⁷⁾ Portaria 106, de 2000, do Ministério da Saúde, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Um importante exemplo são os **consultórios na rua**, unidades que se localizam perto das áreas de consumo e/ou que procuram ativamente estas pessoas, visando gerar vínculos com os trabalhadores do SUS, base para o início dos cuidados à saúde e saúde mental, ou para os projetos sociais integrados. Além disto, temos os serviços especializados, como aqueles do tipo “ad” (álcool e drogas), como descrevemos no terceiro capítulo deste manual.

Nos municípios que possuem uma RAPS adequada, os centros de atenção psicossocial, particularmente os do tipo “ad” com acolhimento noturno, os **CAPS III ad** (regulamentados pelo Ministério da Saúde nas Portarias 3.088, de 2012, e 130, de 2012), constituem o principal serviço especializado de atenção psicossocial. Essa portarias indicam que a permanência máxima neste tipo de serviço é de 14 dias. Após esse período, a pessoa deverá ser encaminhada prioritariamente para uma **Unidade de Acolhimento**. Nestes serviços, o acolhimento não constitui uma internação fechada convencional, cujos riscos já assinalamos no primeiro capítulo. Pelo contrário, busca atingir os objetivos e as condições descritas na segunda seção do presente capítulo.

No entanto, estes serviços ainda não estão disponíveis em todos os municípios brasileiros, por razões históricas e políticas. Até recentemente, vigorava no país uma política estritamente proibicionista e repressiva, pela qual tanto os usuários quanto os traficantes de drogas ilícitas eram considerados infratores da lei e eram presos, e por isso, a atenção psicossocial no campo das drogas era residual. Ela só constituiu um campo de investimento mais intensivo no SUS quando a reforma psiquiátrica brasileira a chamou para si, a partir dos anos 2002/3. Como o tempo desde então foi curto, hoje, em 2014, a maioria dos municípios ainda não dispõe de uma rede adequada com tais serviços. Este “vácuo assistencial” na área pública até então vinha estimulando a expansão paralela de serviços de acolhimento denominados “**comunidades terapêuticas**”, mantidos por entidades religiosas e filantrópicas, com uma abordagem centrada na abstinência total, em internações prolongadas e práticas de tratamento quase exclusivamente religiosas e/ou espirituais. Estas comunidades têm hoje no Brasil uma forte articulação entre si e organizaram um *lobby* (grupo de pressão e luta



por seus interesses) no congresso brasileiro e assembleias legislativas nos estados, na grande imprensa e no governo brasileiro. No contexto da difusão recente do crack no país e do relativo despreparo da rede assistencial, o governo federal brasileiro optou, de forma polêmica, por incluir as comunidades terapêuticas como dispositivo da RAPS e da assistência integrada à área de segurança pública.

Isto está expresso na mesma Portaria 3.088 de 2001, da RAPS, em conjunto com a Portaria 131 de 2012, que indicam a possibilidade de acolhimento ou internações prolongadas, de até 9 meses, nos chamados “*Serviços de Atenção em Regime Residencial*”, nos quais estão incluídas as Comunidades Terapêuticas. Esta medida é muito polêmica, pela possibilidade de conduzir a uma

nova rede de instituições com características asilares e manicomiais, e gerou uma enorme resistência do movimento antimanicomial e de muitos gestores locais da RAPS. Contudo, nas áreas sem alternativas mais efetivas de assistência, o acesso ao tratamento nas comunidades terapêuticas passou a ser mediado pela justiça, por decisões dos juízes, exigindo a imediata admissão da pessoa neste tipo de serviço.

Em vários momentos deste manual, inclusive neste mesmo capítulo, já denunciemos as *internações forçadas coletivas* motivadas pelo consumo de drogas, de natureza arbitrária, com o objetivo claro de limpeza urbana. Contudo, nesta seção, vamos tratar de **internações individualizadas, geradas por decisão judicial ou por encaminhamento de autoridades das áreas social, da saúde e da segurança pública**. Por exemplo, em vários municípios, é a própria rede de saúde mental e seus CAPS que encaminham diretamente os usuários para este tipo de

acolhimento. Neste campo, ainda pouco regulado, as realidades locais são muito diversas, e este acolhimento pode ocorrer de várias formas. A maioria deles parece ter *caráter voluntário*, ou seja, por pedido expresso da própria pessoa ou, de forma negociada, também da família, mas também há casos de *internações involuntárias* (por decisão judicial ou médica) e *compulsórias* (exclusivamente judiciais).

No momento em que escrevemos, em 2014, o quadro de expansão destas comunidades terapêuticas, as práticas realizadas em seu cotidiano e sua utilização pela esfera pública nos municípios brasileiros é muito heterogêneo. Entretanto, nossa avaliação, a partir do monitoramento destas comunidades em todo o país por entidades profissionais idôneas ou de defesa dos direitos humanos, é de que **sua utilização é polêmica do ponto de vista assistencial, e aumenta muito os riscos de violação dos direitos humanos e fundamentais das pessoas**. Esta posição se baseia nas **seguintes constatações e argumentos:**"

- a) As comunidades terapêuticas são serviços com *registro não sistemático e regular de documentação institucional e dos prontuários* de seus usuários, geralmente inspirados por uma iniciativa pessoal de reabilitação do uso nocivo de drogas, a partir da qual se deseja replicar seu modelo de recuperação a outras pessoas;



- b) As comunidades terapêuticas se dividem em religiosas e leigas. As primeiras tomam o uso nocivo de drogas como um *problema individual, de natureza moral, espiritual e religiosa*, condicionado pelo afastamento do usuário da "graça de Deus". O tratamento, então, é orientado a corrigir esse desvio, afastando o usuário do "mundo" a partir de uma hospedagem mais longa, e enfatizando no cotidiano, várias vezes por dia, as *práticas religiosas confessionais*, isto é, ligadas a uma denominação religiosa específica. Assim, nem sempre respeitam a escolha religiosa/espiritual original e as formas anteriores de prática da pessoa, nem há possibilidade de levar à instituição outro tipo de assistência religiosa. Mesmo aquelas ditas "*leigas*", mesmo com práticas consideradas não confessionais, assumem esta mesma abordagem individualizadora, centrada na *reforma moral e espiritual da pessoa*, e que geralmente incluem a realização de atos devocionais e orações em diversos momentos do dia, a disponibilidade da Bíblia e/ou de livros de espiritualidade e de religiosidade etc.
- c) *Pouquíssimas comunidades oferecem condições sanitárias e serviços de saúde, de saúde mental e de atenção psicossocial*, e quando o fazem, nem sempre são adequados ou estão de acordo com as normas técnicas vigentes. Isso acontece por considerarem o uso abusivo de drogas como um problema prioritário de natureza individual, moral e religiosa/espiritual, bem como pelo custo destes serviços e da devida adequação às normas sanitárias.
- d) Muitas comunidades são localizadas em *locais de difícil acesso*, distantes das cidades, e *não possuem um serviço de transporte de prontidão* para os usuários, o que pode dificultar a assistência em casos de imprevistos e situações de emergência, bem como para permitir diversificar as atividades sociais, de esporte, lazer e de convivência com as comunidades vizinhas.
- e) Todas *elas trabalham unicamente com a estratégia de abstinência total de uso de drogas, sem considerar outras alternativas*, como a redução de danos (estímulo a cuidados gerais com a saúde da pessoa, mesmo com uso contínuo de drogas), o uso mais cuidadoso e funcional das drogas, ou o uso de drogas mais leves para substituir outras com riscos mais elevados. Existem pessoas que efetivamente não se adaptam à abstinência total das drogas;

- f) Várias comunidades foram flagradas utilizando **métodos violentos ou que desrespeitam os direitos humanos**. Isto pode acontecer como prática cotidiana, como no desrespeito à privacidade, na violação de correspondências, na guarda dos documentos pessoais do usuário, nas dificuldades de comunicação com pessoas de referência, na impossibilidade de visitas íntimas, ou de acesso à educação de adolescentes etc. Outras vezes ocorrem para impor disciplina e trabalho, ou para punir usuários que eventualmente não obedeceram as regras da casa. Geralmente, as comunidade possuem normas muito restritivas de comportamento moral, afetivo e sexual, ou de abstinência total, no caso de um uso eventual de drogas, eventos que podem inclusive gerar desligamento unilateral do serviço [Como exemplo real destas violações, ver: Comitê de Prevenção e Combate à Tortura do Estado do Rio de Janeiro. *Relatório de inspeção em comunidades terapêuticas financiadas pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro*, resultado de vistorias realizadas em maio de 2013]. Neste tópico, é importante reconhecer que há algumas excessões a serem consideradas, de comunidades que tratam seus clientes com consideração, respeito e humanidade.

Vistoria do Conselho Federal de Psicologia denuncia violações dos direitos humanos em locais de internação para usuários de drogas:

em novembro de 2011, a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançou o *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*, a partir de vistorias realizadas em setembro do mesmo ano. Segundo a notícia, "inúmeras violações aos direitos humanos foram detectadas na inspeção, como castigos físicos e psicológicos, humilhações sociais, desrespeito à escolha religiosa e à orientação sexual [dos internos] são algumas das ocorrências detectadas. No estado de São Paulo, na cidade de Bragança Paulista, os usuários da Clínica Gratidão relataram que eram obrigados a cavarem uma cova com a dimensão de seu próprio corpo e escrever repetidamente trechos da Bíblia como castigo por indisciplina. Alguns acusaram a existência de um pedaço de madeira com a palavra gratidão com o qual eram surrados." (Reportagem disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=426)

- f) As características de fechamento destas instituições e o tempo de acolhimento ou internação mais prolongado podem provocar os já conhecidos *efeitos das instituições com características manicomiais*, como descrito no primeiro capítulo deste manual.
- g) Se o acolhimento é realizado de forma não integrada com a rede de atenção psicossocial, o retorno à vida comum, após a alta, geralmente ocorre sem um projeto terapêutico individualizado e integrado com os serviços externos, ou sem a elaboração, junto com a pessoa, de um novo projeto de vida na comunidade. Isto *augmenta muito as chances de reincidência nos mesmos tipos de problemas sociais, existenciais e de relação anterior com as drogas*.

Assim, **nos municípios cuja rede de atenção psicossocial ainda realiza acolhimento ou internações em comunidades terapêuticas, ou que realizam internações forçadas coletivas, com o objetivo de limpeza urbana, será necessário lutar em várias frentes** pela defesa dos direitos das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas. É fundamental que os profissionais, usuários e familiares, tendo como suporte suas associações e o movimento antimanicomial, possam **estimular discussões e ações constantes, nas seguintes direções:**

- a) *É importante conhecer as versões mais críticas da história humana com as drogas e da política internacional de drogas, mostrando como a visão estritamente proibicionista e criminalizadora imposta pelo Estados Unidos foi dominante durante o século XX. No entanto, ela vem sendo questionada por novas abordagens e novas experiências concretas menos repressivas, na direção da descriminalização, que hoje estão acontecendo em estados específicos dentro do próprio Estados Unidos, e em países como Holanda, Portugal, Espanha e sobretudo no Uruguai. Recomendamos também acompanhar como o debate no Brasil sobre a atual política exclusivamente proibicionista de drogas, sua avaliação crítica e as bases jurídicas para políticas alternativas, já está avançando a passos largos no Brasil.*
- b) *É necessário conhecer de forma mais crítica e realista o perfil de uso de drogas ilícitas e de seus usuários no país como um todo e em cada região, para superar a imagem gerada pela grande mídia no Brasil, que aumenta a gravidade e a dramaticidade da situação, particularmente em relação ao crack. No Brasil atual, há inúmeras pesquisas em curso e sendo publicadas, que traçam um outro quadro menos dramático da situação.*
- c) *É fundamental conhecer e divulgar as experiências municipais mais avançadas de serviços de atenção psicossocial inspiradas na reforma psiquiátrica, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, sem fazer uso das comunidades terapêuticas.*
- d) *É preciso reivindicar investimentos maciços na implantação da rede diversificada de serviços psicossociais na área, com características antimanicomiais, no seu município ou região.*
- e) *É muito importante estabelecer alianças com o Ministério Público, parlamentares, entidades de direitos humanos, membros dos conselhos de saúde, de assistência social e de direitos da criança e do adolescente, bem como com intelectuais que atuam no campo. E com eles, poderemos discutir mais amplamente o assunto e estabelecer ações comuns, bem como sensibilizar e informar adequadamente a sociedade, os gestores e juízes sobre o tema. Neste sentido, é fundamental conhecer as diversas frentes e foruns nacionais e estaduais de drogas e direitos humanos que estão se formando e atuando ativamente em nosso país.*
- f) *Precisamos monitorar e fiscalizar regularmente, junto com estes aliados, a situação e a assistência dentro destas comunidades terapêuticas, denunciando os casos de violações e exigindo a sua investigação e responsabilização. Quando se trata de internações forçadas em massa, que normalmente acontecem com violações graves, é preciso ter ações ainda mais sérias. Por exemplo, em alguns locais do Brasil, o Ministério Público (MP) já vem entrando com representações contra autoridades que as realizam, responsabilizando-as pelas violações dos direitos humanos. Em paralelo, o MP interpõe os chamados Termos de Ajustamento de Conduta, em que se exige delas a ampliação dos serviços municipais de atenção psicossocial no campo das drogas, para superar a situação atual no curto, médio e longo prazo.*
- g) *Apenas enquanto os serviços públicos e comunitários de atenção psicossocial não estiverem devidamente implementados em municípios específicos, é importante reivindicar que a rede de atenção psicossocial local detalhe mais claramente, em caráter provisório, normas precisas para o uso eventual das comunidades terapêuticas, para que se possam excepcionalmente receber algum repasse de recursos por serviço realizado.*
- h) *Se as comunidades terapêuticas forem considerados ainda como inevitáveis pelo judiciário, em locais onde a rede de serviços comunitários é reduzida, precisamos lutar para que as internações realizadas nas comunidades terapêuticas passem primeiro e sejam controladas pela rede de atenção psicossocial. O objetivo é estabelecer os*

parâmetros principais do encaminhamento responsável e monitorado de cada caso, como a avaliação preliminar, o projeto terapêutico singular, a duração, atividades prioritárias e o retorno planejado para os serviços comunitários, no momento da alta.

Acreditamos que, com essas recomendações, podemos concluir esta seção sobre o acolhimento e/ou internações de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, e passar para o último tópico deste capítulo, sobre a interdição.

4. A interdição de pessoa com transtorno mental ou com problemas severos decorrentes do uso de drogas, e seus direitos

Em alguma(s) fase(s) da sua vida, em razão de transtorno mental, associado ou não ao uso de drogas, a pessoa pode estar com sua capacidade de pensar e decidir por si mesma diminuída ou bastante prejudicada. Por exemplo, pode vender seus bens “a preço de banana”, ou gastar seu dinheiro de forma descontrolada, com coisas desnecessárias, gerando prejuízo financeiro para si e colocando em risco o sustento próprio e, ou de sua família. Essa pessoa recebe o nome de **pródigo** no Código Civil brasileiro, e se esse tipo de comportamento ocorre com frequência e se mantém ao longo do tempo, sem melhora, talvez seja o caso de se pensar na interdição judicial da pessoa. Esta pode constituir uma medida efetiva para protegê-la destes riscos, mas também pode ser mal usada para invalidar ou abusar dela.

Para ajudar na leitura e na compreensão do tema, esta seção será desenvolvida de uma forma diferente, através das perguntas e respostas mais frequentes sobre o tema.



4.1) O que é interdição?

A interdição é o processo judicial pelo qual alguém pede a curatela de pessoa considerada incapaz. Pode ser parcial ou total, e pode constituir um mecanismo jurídico efetivo de proteção do patrimônio e da pessoa maior de idade (com mais de 18 anos), considerada pelo juiz como incapaz para administrar seus negócios ou bens, e para praticar atos da vida civil, como se casar. No entanto, como veremos a seguir, pode criar brechas para abusos e para invalidar uma pessoa ou para se apropriar indevidamente de seus bens ou patrimônio.

4.2) O que é a interdição parcial?

A interdição parcial é aquela que leva em conta o grau de desenvolvimento mental, de discernimento ou de comprometimento psicossocial do indivíduo. Tomando como base o laudo de avaliação da pessoa, feito por um perito ou por uma equipe interdisciplinar, o juiz emite uma sentença judicial determinando o que a pessoa pode ou não fazer por si só, sem que haja a necessidade de ajuda e aprovação por outra pessoa, indicada pelo juiz como seu representante legal, e chamado de **Curador**.

A interdição parcial é uma importante inovação jurídica, trazida pelo Código Civil de 2002. O novo texto reafirma que, em regra, todas as pessoas maiores são plenamente capazes, e reconhece implicitamente que o transtorno mental ou os problemas decorrentes de um uso compulsivo de drogas são apenas potencialmente incapacitantes. Em outras palavras, a interdição parcial objetiva garantir que a pessoa não perca completamente sua autonomia e o estatuto de sujeito de direitos. Antes de 2002, vigorava uma visão ultrapassada e hoje já superada pelo processo de reforma psiquiátrica, de que a pessoa com transtornos mentais ou com uso problemático de drogas teria uma absoluta incompetência para decidir sobre questões que envolvem sua própria vida e seu patrimônio, e portanto, só havia na legislação brasileira a alternativa da interdição total.

Com a **interdição parcial**, a própria pessoa pode, com a ajuda do seu curador, praticar vários atos, como por exemplo assinar documentos, administrar sua conta bancária, trabalhar com carteira assinada, etc. Podemos afirmar que a interdição parcial é um meio termo entre a “incapacidade total” e a plena autonomia do indivíduo adquirida com a maioridade.

4.3) O que é a interdição total?

A interdição total ocorre quando o juiz, por meio de sentença judicial, entende que a pessoa interdita é absolutamente incapaz e, por isso o curador deverá praticar todos os atos por ele e em nome dele.

A interdição total retira completamente a autonomia da pessoa, e dificulta ou interrompe seu processo de emancipação e empoderamento. Por isso, a interdição civil total pode condenar a pessoa com transtorno mental, mais uma vez, a viver à margem da sociedade. Ela decreta a sua morte civil, impossibilitando-a de praticar, autonomamente, vários atos, o que pode gerar mais um estigma e nova exclusão. E pode ainda ser usada como uma forma de abuso, para a apropriação indevida de bens da pessoa, aproveitando-se das dificuldades geradas pelo transtorno mental em sua capacidade de tomar decisões e do preconceito que ainda existe na sociedade, e até mesmo entre os juízes e advogados.

Profissionais da área jurídica ainda desconhecem a interdição parcial!

Nos dias 11 e 12 de março de 2013, em Brasília, se deu a VI Jornada de Direito Civil do Centro de Estudos Judiciários da Justiça Federal. Neste encontro, se reunem ministros, desembargadores, juízes, defensores, promotores, procuradores, professores universitários e especialistas de Direito. O propósito é debater sobre proposições de novas interpretações sobre o Código Civil. Essas proposições são sintetizadas e sistematizadas por meio de Enunciados, que vão servir para fundamentação jurídica em todas as instâncias do Poder Judiciário, além de orientar os magistrados do país com entendimentos já consolidados por juristas e acadêmicos. No Código Civil Brasileiro, no seu artigo 1.772, está consagrada a possibilidade de Interdição Parcial ou Relativa, que é a possibilidade de uma Interdição em que são estabelecidos limites claros aos poderes do curador sobre a pessoa e o patrimônio do interdito. O artigo permanece esquecido pelo Judiciário brasileiro, já geralmente que só realiza interdições totais das pessoas, com base no artigo 1767 do mesmo Código, como se não houvesse outra alternativa. Vale lembrar também que o art. 1.772 do Código Civil, da Interdição Relativa, além de esquecido, também tem uma redação absurda, que restringe o seu uso a determinados tipos de pessoas. Só teriam direito à ela: os deficientes mentais; os ébrios habituais; os viciados em tóxicos; os excepcionais sem desenvolvimento mental completo. Portanto, uma imensa gama de pessoas com transtorno mental ficaria sujeita somente à interdição total.

4.4) Quem pode pedir a interdição?

Primeiramente, os parentes que podem solicitar a interdição de uma pessoa com transtorno mental são:

- a) os seus *ascendentes* (pais, avós ou bisavós);
- b) os *descendentes* (filhos, netos, bisnetos);
- c) e os *colaterais* até o quarto grau – irmãos (2º grau), tios e sobrinhos (3º grau) e sobrinhos-netos, tios-avós e primos (4º grau).

Na falta dos parentes, o **tutor** (que é um curador de crianças e adolescentes) e o cônjuge, mesmo que esteja separado, também podem pedir a interdição de pessoa com transtorno mental. E se a pessoa não tiver parente, cônjuge ou tutor, o Ministério Público Estadual também poderá promover a interdição, mas apenas em casos de transtorno mental grave.

4.5) Como se realiza a interdição?

O processo judicial se inicia com um pedido (petição inicial), apresentada por advogado ou defensor público, a um juiz. Após um laudo de avaliação da pessoa, feito por um perito ou por uma equipe interdisciplinar, a sentença do juiz produz efeitos imediatos, e por isso deve ser registrada em cartório de registro de pessoas naturais. Será expedido um mandado, com cópia da sentença, e um edital publicado em jornal oficial para ciência de terceiros (demais pessoas interessadas), noticiando que a interdição foi decretada, constando os nomes do interdito e do curador, a causa da interdição e os limites da curatela.

4.6) A interdição pode ser cessada? E quem pode solicitar?

Sim, a interdição e a curatela podem ser levantadas, ou seja, podem ser extintas, quando cessar a causa que a determinou. Nessa hipótese, o juiz pode, com a finalidade de decidir sobre o levantamento da interdição, nomear um perito para emitir um novo laudo e também ouvir testemunhas. Isso pode ser realizado a pedido da própria pessoa interdita ou do Ministério Público, quando ela der mostras de ter recuperado sua saúde mental.



4.7) A interdição pode ser usada como forma de invalidar ou de abuso à pessoa com transtorno? Em que situações isso pode ocorrer?

Sim, a interdição pode ser usada como ferramenta de violação de direitos de pessoas com transtornos mentais, tais como retirar sua autonomia para administrar seus bens e recursos financeiros. Esse mal uso da interdição já foi, inclusive, objeto de debate em audiência pública realizada, em 2005, em Brasília, com a participação de representantes de diversas entidades e órgãos, como o Conselho Federal de Psicologia, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados.

Uma das ocasiões em que isso ocorre é quando familiares ou até mesmo profissionais da assistência social exigem a interdição da pessoa com transtorno mental, sob a alegação de que o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) assim o exige. Como discutiremos no capítulo cinco, a interdição não é exigida pela legislação brasileira atual para este fim.

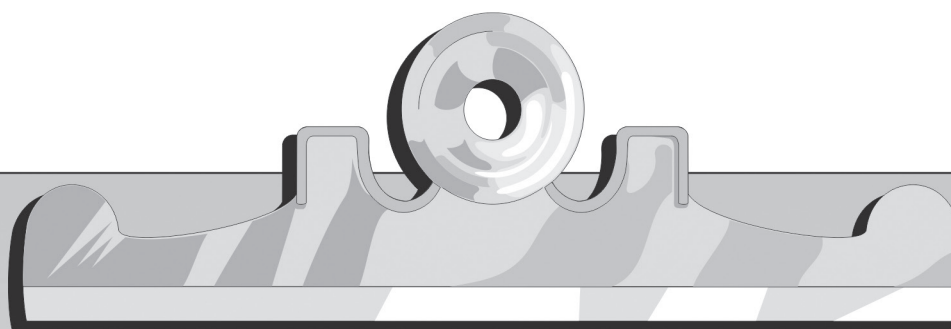
Se uma interdição parcial ou total for feita, sem necessidade real ou contra os interesses da pessoa com transtornos mentais ou com uso problemático de drogas, isso caracteriza violação à dignidade da pessoa humana e a seus direitos fundamentais, e cabe pedir reparação.

- ✓ Art. 9º Serão registrados em registro público: I - os nascimentos, casamentos e óbitos; II - a emancipação por outorga dos pais ou por sentença do juiz; III - a interdição por incapacidade absoluta ou relativa; IV - a sentença declaratória de ausência e de morte presumida.
Art. 1.767 Estão sujeitos a curatela: I - aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos; IV - os excepcionais sem completo desenvolvimento mental; V - os pródigos.
Art. 1.772. Pronunciada a interdição das pessoas a que se referem os **incisos III e IV do art. 1.767**, o juiz assinará, segundo o estado ou o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela, que poderão circunscrever-se às restrições constantes do art. 1.782. (8)
- ✓ Art. 24 O desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação, dentre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício [BPC] da pessoa com transtorno mental. (18)
- ✓ Enunciado 574 – A decisão judicial de interdição deverá fixar os limites da curatela para todas as pessoas a ela sujeitas, sem distinção, a fim de resguardar os direitos fundamentais e a dignidade do interdito (art. 1.772 do Código Civil). (19)

(8) Código Civil de 2002

(18) Decreto n. 6.214 de 2007;

(19) Enunciado n. 574, VI Jornada de Direito Civil promovida pelo Centro de Estudos Judiciários da Justiça Federal. Apesar de não ser uma norma jurídica, ou seja, os juízes não estão obrigados a cumprir os Enunciados, eles servem de guia para a atuação dos juízes brasileiros.



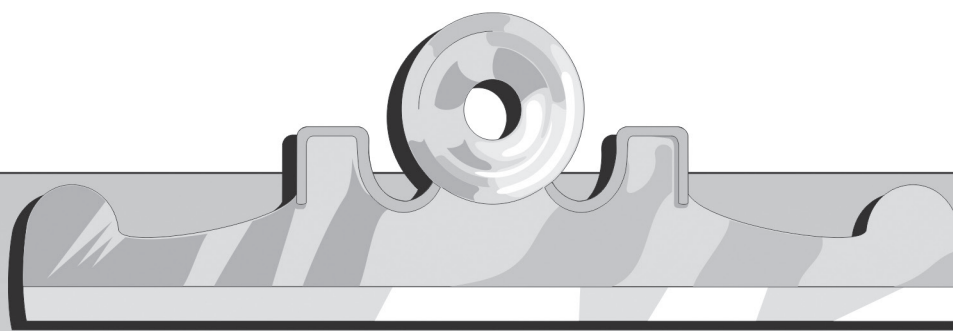
Tarefas:

Como indicamos no início deste capítulo, este é assunto longo, complexo, marcado por situações delicadas e sofridas, e também muito regulado e com muitos detalhes jurídicos. Assim, os usuários e familiares poderão ter alguma dificuldade em compreender algumas partes do texto, ou em desenvolver uma leitura completa dele, de uma só vez. Isso é natural, e como sugerimos naquela ocasião, a leitura e a discussão devem ser realizadas com calma, aos poucos, buscando identificar as dúvidas e procurando pessoas que possam ajudar a esclarecê-las. Depois disso, é possível sugerir as seguintes iniciativas:

1) Depois de ler cuidadosamente a sessão 2 deste capítulo, que discute as diretrizes e condições gerais para uma atenção mais adequada à crise, procure compará-las com a situação de seu município ou região. Em que pontos a assistência em saúde mental e drogas na sua cidade ou região acompanha as diretrizes da reforma psiquiátrica apontadas nesta seção? E em que pontos ela ainda tem limitações para uma boa assistência à crise?

2) Procure juntar os companheiros usuários e familiares, para discutir o tópico 2.b deste capítulo, sobre os vários dispositivos que estimulam o protagonismo e o empoderamento dos usuários e familiares e a defesa de seus direitos. Há outros tópicos que também abordam aspectos particulares deste assunto, como o 2.h, sobre o acompanhamento dos colegas usuários internados, bem como a apresentação do plano e cartão de crise, no tópico sobre internações involuntárias. Quais destes dispositivos e estratégias poderiam ser desenvolvidos pelo grupo local? Para avançar nesta iniciativa, procurem ter acesso aos textos e materiais que explicam melhor e dão exemplos de cada uma destas iniciativas.

3) Reuna os companheiros usuários e familiares, e converse sobre as experiências de atenção à crise e acolhimento/internação que já tiveram. Como foram estas experiências? Os serviços de saúde mental locais têm bons serviços de atenção à crise? As internações nos serviços locais fazem a distinção legal entre as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias? Se sim, eles garantiram os direitos específicos de cada tipo de internação? Se não, o que é possível fazer para que se respeite esses direitos? Uma sugestão é propor a leitura e a discussão deste capítulo



Tarefas (continuação):

entre os participantes das assembleias de usuários e familiares de seus respectivos serviços de atenção psicossocial, motivando também os trabalhadores a participarem desta iniciativa. Depois, colocar a pergunta: o que todos podem fazer juntos para melhorar a atenção à crise e garantir os direitos de cada tipo de acolhimento/internação?

4) Depois desta discussão mais local, a sugestão é expandi-la para outros grupos, por exemplo, para a associação de usuários e familiares ou núcleo do movimento antimanicomial existente na cidade ou região. Depois disso, é fundamental levá-la para os conselhos de saúde, tanto no distrito sanitário local, como também no município, para que as pessoas que participam da fiscalização e das decisões sobre a rede de saúde e de saúde mental possam conhecer melhor os direitos na atenção à crise, e desenvolver iniciativas que possam garantir estes direitos no dia a dia.

5) O município onde moram realizam acolhimentos/internações de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas em comunidades terapêuticas? Se sim, procure informações com os usuários e familiares sobre a realidade interna destas instituições, e das possíveis violações dos direitos dos usuários, tais como as indicadas na seção 3.5 deste capítulo. Quais das ações sugeridas no final daquela seção estão ao alcance de seu grupo de usuários, familiares e profissionais?

6) Depois de lerem a sessão sobre interdição, reúna primeiro os companheiros usuários, e façam uma pesquisa sobre os casos de interdição que cada um já conhece. Como foi cada uma destas experiências? Elas foram interdições totais, ou também parciais? Como as pessoas que viveram estas situações se sentiram? Elas ocorreram efetivamente para proteger os usuários, ou também deram margem a situações de invalidação e abusos? Nestes casos, quais foram os encaminhamentos feitos para defender seus direitos? Que recomendações o grupo faria para as pessoas que eventualmente podem precisar ou serem levadas à interdição, para que este dispositivo não dê margem a estes abusos? Procure realizar agora esta mesma iniciativa com os familiares, respeitando a visão, o olhar próprio e a experiência diferenciada deles neste campo.

CAPÍTULO 5

Os direitos sociais das pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas



1) Introdução

O acesso dos cidadãos a direitos, bens e serviços que garantem a qualidade de vida, a justiça e a igualdade social, depende de um conjunto amplo de fatores:

- a) de como as relações econômicas, de propriedade dos bens e de trabalho, permitem a distribuição da riqueza entre os vários grupos e classes sociais;
- b) de como a sociedade e o poder social estão organizados, entre os ricos, as classes médias e a maioria dos trabalhadores em geral;
- c) de como o Estado provê as chamadas políticas sociais, no seu conjunto e em cada um de seus setores, como saúde e saúde mental, educação, previdência, assistência social, moradia, trabalho, transporte público, cultura, lazer etc.,.

Neste capítulo, não temos condições de discutir todos estes temas, que são muito complexos. Contudo, nos propomos a rever especificamente os direitos sociais que hoje a lei e as instituições de política social têm a obrigação de assegurar às pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, incluindo aí seus familiares. Como temos visto ao longo deste manual, essa obrigação não significa de forma alguma que todos estes direitos já estão disponíveis e assegurados para todos, no país e em cada município. Contudo, é importante conhecer cada um deles, inclusive para saber como lutar individual e coletivamente para ir conquistando-os em nossos serviços, em nossa cidade, e no país como um todo.

Na história recente do país, temos dois marcos importantes nesta luta. O primeiro foi a **Constituição Federal de 1988**, pela qual é dever de Estado garantir a todo cidadão os **direitos sociais universais**, pelos quais todos devem ter acesso ao mínimo essencial para sua sobrevivência e para diminuir as desigualdades sociais, por meio da garantia de acesso à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, à assistência aos desamparados e à infância etc. Antes, muitos destes direitos nem sequer eram reconhecidos pela legislação brasileira para uma grande parte da população. Até a Constituição de 1988, na prática, só quem tinha um vínculo formal de trabalho, simbolizado pela carteira de trabalho, era considerado um cidadão de direitos. O nosso Sistema Único de Saúde (SUS), criado por lei em 1990, foi o primeiro fruto deste marco aberto pela Constituição Federal, como um sistema universal e público, exemplo que depois foi estendido para outras políticas sociais.

O segundo marco foi a **IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial**, de 2010, na qual se fortaleceu o princípio de que a saúde mental e a atenção psicossocial dependem muito de se conquistar e se assegurar os demais direitos sociais a seus usuários e familiares. Esta ideia já foi discutida inclusive no início do segundo capítulo deste manual, mostrando como o direito à saúde em geral depende das demais condições de vida e da conquista dos outros direitos sociais. Uma das principais estratégias para estimular o acesso



adequado a estes outros direitos é o trabalho integrado da saúde e da atenção psicossocial com os demais setores de política social. Daí, a importante ideia de **intersetorialidade**, termo que foi inclusive adotado no próprio nome desta conferência nacional, e que será mais bem discutido na seção final deste capítulo.

Dito isto, podemos agora avançar para outro tópico importante de nossos princípios básicos sobre o tema. Até aqui, vimos que, pela Constituição, temos direitos sociais universais que devem estar acessíveis a todos os cidadãos, igualmente. No entanto, nem todas as pessoas da sociedade têm as mesmas condições de buscar este acesso, como as que vivem em situação acentuada e contínua de pobreza, de alguma incapacidade ou fragilidade existencial, como no caso de uma deficiência física ou mental, ou de uma doença crônica, ou de um transtorno mental. Algumas destas condições geram ainda mais discriminação, barreiras e desvalorização social, como o transtorno mental ou o uso problemático de álcool, crack e outras drogas. Para estas pessoas, é dever do Estado promover meios especiais para estimular a oferta e o acesso a esses direitos, bens e serviços sociais, e garantir que estes grupos sociais possam usufruí-los, o que chamamos de **direitos sociais especiais**. Isso se faz com programas e benefícios adicionais, com base no que chamamos de **princípio da discriminação positiva**. Adotá-lo significa que, além dos direitos universais a serem garantidos para todos, deverão existir leis, normas, benefícios e serviços sociais especiais destinados a compensar a situação de desigualdade de oportunidades, para que estes grupos e pessoas possam ter realmente acesso aos direitos sociais.

Contudo, é importante fazer o seguinte alerta: **os direitos sociais especiais se justificam sim no campo da saúde mental e da atenção psicossocial, mas não pela constatação de uma doença ou pela atribuição de um diagnóstico psiquiátrico**, como muitas vezes ocorre ainda hoje no Brasil e em vários outros países do mundo. Esta modalidade de justificativa se baseia e reforça apenas um único tipo de conhecimento, o biomédico, e seu poder profissional correspondente. Estas categorias de diagnóstico reduzem a complexidade e diversidade das formas de vida das pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, e particularmente fora do contexto do tratamento, desvalorizam estas pessoas e reforçam o estigma e a discriminação contra elas.

Ao contrário disto, a **Organização Mundial de Saúde (OMS)** argumenta que os direitos sociais especiais devem e podem ser justificados por um conjunto mais abrangente de critérios biomédicos, psicológicos e sociais. Ela aprovou em 2001, em uma assembleia geral com 191 países membros, um sistema de classificação deste tipo, cujo nome podemos traduzir como **Classificação Internacional de Funcionamento, Descapacidade e Saúde** (*International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF* [^{*1}]), que é bastante sistemático, com base em 152 categorias de avaliação. Ele se baseia no princípio de que todas as pessoas têm, em algum grau, alguma forma de deficiência ou incapacidade, ideia que é importante na luta contra a discriminação. O sistema amplia muito o foco centrado apenas nos problemas na estrutura corporal individual e/ou na redução ou perda de uma função, para abranger também a interação entre estes fatores e o contexto no qual as pessoas vivem e participam, as modalidades de intervenção mais adequadas, bem com as possibilidades de sua inclusão social. Além disso, o sistema passou por vários estudos de validação em 71 países, já foi adotado na prática em vários deles, tanto para avaliação de indivíduos e para critério de concessão de benefícios sociais, como também para estudos clínicos e de incidência de problemas psicossociais.

Outra observação neste mesmo tema, e que é importante para as lutas de ampliação dos direitos sociais especiais no campo da atenção psicossocial, é relativa ao Decreto 6.949 de 2009, que promulga a **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU**. Esta convenção/decreto já foi citada várias vezes neste manual, por que **tem o mesmo status jurídico e a força das normas da Constituição Federal**. Nos países ocidentais, os direitos das pessoas com deficiência têm um reconhecimento mais antigo, mais amplo e mais claro do que os direitos das pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas. Contudo, uma inovação importantíssima desta convenção/decreto está no caráter mais amplo da definição de pessoas com deficiência, superando o sentido original reduzido da língua portuguesa, pois se baseia nos critérios mais abrangentes da OMS indicados acima [^{*2}]. Este debate deve ser estimulado no Brasil, para ampliar a sustentação jurídica para as lutas por direitos sociais no campo da saúde mental e da atenção psicossocial em geral.

- ✓ Art 1. (Propósito) Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (1)

Dito isto, neste capítulo sobre direitos sociais, vamos expor tanto os direitos sociais universais destinados igualmente para todos, como também aqueles direitos sociais especiais destinados às pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas. É importante lembrar que não trataremos neste capítulo dos direitos no campo da saúde em geral, pois eles já foram tratados de forma muito detalhada no segundo capítulo deste manual. Da mesma forma, as áreas de direitos humanos e justiça já estão sendo discutidas ao longo deste manual.

Tendo concluído estas observações iniciais, relativas aos princípios e questões mais importantes que orientam nossa abordagem dos direitos sociais, podemos agora partir para discutir cada um dos direitos sociais particulares.

[^{*1}] Acessível em http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/

[^{*2}] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Promoting the rights of people with mental disabilities*. Geneva, WHO, 2007.

(1) Decreto 6.949 de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU

2) O direito ao trabalho e à renda obtida com ele

O trabalho é um direito humano e social fundamental de toda pessoa adulta, reconhecido internacionalmente. O trabalho é a atividade chave para gerar toda a riqueza, para estimular a nossa socialização e educação, para expressar a criatividade do ser humano, para mostrar a diversidade de dons e capacidades, e para que cada pessoa possa contribuir e ser útil e valorizado na sociedade. Com ele, nós também nos identificamos e nos solidarizamos com todos os demais trabalhadores do mundo, condição para a construção de projetos de sociedades que possam realmente responder às necessidades de todos os trabalhadores.



No Brasil, a Constituição Federal reconhece o direito ao trabalho e a liberdade de cada pessoa para exercer qualquer trabalho, ofício ou profissão, sendo que seu salário jamais poderá ser menor que o salário mínimo do país.

Contudo, este princípio se choca com as características do atual sistema e modelo econômico vigente no Brasil, com seu mercado de trabalho competitivo, seletivo e excludente. O trabalho informal, que não oferece as devidas garantias e direitos trabalhistas, tem uma média histórica, de longo prazo, de cerca de metade do conjunto dos trabalhadores. Além disso, segundo o Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos e Sócio-Econômicos (DIEESE), ligado aos sindicatos de trabalhadores, a taxa de desempregados nas principais regiões metropolitanas do país tem se mantido, nos últimos anos, acima dos 10% da população economicamente ativa.

A entrada em um mercado de trabalho deste tipo já apresenta inúmeras barreiras para o trabalhador comum. No entanto, isso é ainda mais dramático para as pessoas que apresentam alguma forma de fragilidade existencial, seja uma deficiência, doença crônica debilitante, transtorno mental severo, ou um uso disfuncional de drogas. Para todas estas pessoas, e no nosso caso, para os dois últimos grupos, é preciso ter direitos e programas especiais, na linha do que chamamos acima de *discriminação positiva*, para tentar compensar um pouco desta enorme desigualdade de oportunidades. Na legislação internacional e brasileira, bem como nas políticas sociais de nosso país, existem alguns dispositivos nesta direção.

- ✓ Art 27 (Trabalho e emprego) 1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência ao trabalho, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Esse direito abrange o direito à oportunidade de se manter com um trabalho de sua livre escolha ou aceitação no mercado laboral, em ambiente de trabalho que seja aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência. Os Estados Partes salvaguardarão e promoverão a realização do direito ao trabalho, inclusive daqueles que tiverem adquirido uma deficiência no emprego, adotando medidas apropriadas, incluídas na legislação, com o fim de, entre outros: a) Proibir a discriminação baseada na deficiência com respeito a todas as questões relacionadas com as formas de emprego, inclusive condições de recrutamento, contratação e admissão, permanência no emprego, ascensão profissional e condições seguras e salubres de trabalho; b) Proteger os direitos das pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais pessoas, às condições justas e favoráveis de trabalho, incluindo iguais oportunidades e igual remuneração por trabalho de igual valor, condições seguras e salubres de trabalho, além de reparação de injustiças e proteção contra o assédio no trabalho; c) Assegurar que as pessoas com deficiência possam exercer seus direitos trabalhistas e sindicais, em condições de igualdade com as demais pessoas; d) Possibilitar às pessoas com deficiência o acesso efetivo a programas de orientação técnica e profissional e a serviços de colocação no trabalho e de treinamento profissional e continuado; e) Promover oportunidades de emprego e ascensão profissional para pessoas com deficiência no mercado de trabalho, bem como assistência na procura, obtenção e manutenção do emprego e no retorno ao emprego; f) Promover oportunidades de trabalho autônomo, empreendedorismo, desenvolvimento de cooperativas e estabelecimento de negócio próprio. (1)
- ✓ Art. 23 - 1. Todo ser humano tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego. 2. Todo ser humano, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho. 3. Todo ser humano que trabalha tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social. 4. Todo ser humano tem direito a organizar sindicatos e a neles ingressar para proteção de seus interesses. (2)
- ✓ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.
Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim. (3)
- ✓ Art. 93. A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência [...] (4)

Uma das iniciativas do governo federal mais importantes neste campo é a Lei nº 8.213, de 1991, que exige que as empresas com 100 ou mais empregados sejam obrigadas a preencher de 2% a 5% dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência. É importante lembrar que hoje, na Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência, promulgada pelo Decreto n. 6.949, de 2009, com valor de norma constitucional no Brasil, este conceito pode incluir também a *deficiência* ou *descapacidade psicossocial*, visando incluir as pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas nos direitos ali reconhecidos.

Esta legislação permite desenvolver nestas empresas o que chamamos de **projetos de trabalho protegido**, em que as condições de trabalho são escolhidas de acordo e/ou adaptadas às características das pessoas com deficiências ou transtorno mental. Em alguns estados e municípios brasileiros, como o Estado do Rio de Janeiro, a Secretaria do Trabalho tem programa próprio para desenvolver estes projetos.

(1) Decreto 6.949 de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU

(2) Declaração Universal dos Direitos do Homem, da ONU

(3) Constituição Federal

(4) Lei nº 8.213, de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

Outra maneira de promover o direito ao trabalho de pessoas com deficiências, com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do consumo de drogas, são os **projetos de economia solidária**. O governo federal brasileiro possui um Programa Nacional de Economia Solidária, destinado a projetos e formas de produção em associação e cooperativas. Neles se valoriza a pessoa do trabalhador, e não o dono da empresa ou do dinheiro que é investido no projeto. O trabalho adequado à condição do trabalhador e a participação nas decisões e na gestão de todo o projeto constituem estratégias importantes para devolver o poder para o conjunto dos trabalhadores e para cada um deles, e para diminuir a pressão e o estresse induzido pelas condições de trabalho hoje dominantes na sociedade em geral. Nas sociedades atuais, marcadas pela busca do lucro, a economia solidária também é uma resposta importante à exclusão do mercado de trabalho, principalmente para as pessoas que têm alguma forma de fragilidade existencial ou não querem viver a atual competição feroz que marca o trabalho sustentado na exploração, na divisão entre ganhadores e perdedores, ou entre capazes e incapazes.

Outra linha de atuação da economia solidária são as chamadas *moedas sociais*, ou seja, uma forma de dinheiro criado especialmente para uma comunidade, clube de pessoas ou participantes de um evento ou projeto social. Ela substitui o antigo escambo, ou seja, aquelas operações locais de troca diretas de serviços e produtos, por exemplo, uma troca de verduras por galinha. Por meio destes projetos, é possível ampliar o acesso a serviços bancários e garantir linhas especiais de microcrédito para estimular pequenas atividades de produção e consumo, com taxas de juros muito abaixo do mercado e sem as muitas exigências dos bancos convencionais, tais como taxa de inscrição, comprovante de renda, ou fiador, que acabam excluindo os mais pobres.

Assim, a economia solidária tem como objetivo desenvolver hoje, no presente, a solidariedade e cooperação entre seus membros trabalhadores, colaboradores e consumidores, e ser semente e inspiração para projetos maiores, no futuro, nas sociedades mais justas e mais igualitárias, que certamente virão.

As atividades do Núcleo de Saúde Mental e Trabalho (NUSAMT) no Estado do Rio de Janeiro com trabalho protegido em saúde mental:

O NUSAMT é um programa coordenado pela Secretaria do Trabalho, mas que atua de forma integrada à área da saúde e saúde mental. Foi iniciado em 2000, com base em lei estadual, que criou a Política Estadual para Integração, Reabilitação e Inserção no Mercado de Trabalho da Pessoa com Transtorno Mental. O núcleo atua em cooperação com outras instituições públicas e privadas, universidades e associações de familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Seu objetivo é pensar, elaborar e a implementar políticas e programas públicos de geração de trabalho e renda, adequados a pessoas com transtorno mental, visando a inclusão, a melhoria da qualidade de vida e o exercício pleno da cidadania. Para isso, realiza ações de qualificação profissional, de ampliação da legislação vigente, de eventos para discussão do tema e de apoio e orientação aos projetos de trabalho desenvolvidos na rede municipal e estadual para inserção social e profissional deste tipo de pessoas, incluindo em esquemas de trabalho protegido em empresas privadas.



Na rede de atenção psicossocial, temos hoje no Brasil vários projetos integrados com o Programa Nacional de Economia Solidária. Uma das formas de entrar em contato com eles é por meio da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária (ECOSOL), que possui diversos grupos de trabalho e está presente na Internet (<http://saudeecosol.org/>). Os usuários e seus familiares interessados no tema podem mobilizar a equipe do serviço local onde se tratam, para conhecer os projetos existentes na região, ou para iniciar uma atividade nova, geradora de trabalho e renda.

✓ Art. 1º As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades: I – a organização e gestão de serviços socio sanitários e educativos; e II – o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.

Art. 3º Consideram-se pessoas em desvantagem, para os efeitos desta Lei: II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos. (4)

Nos Centros de Atenção Psicossocial encontra-se também a possibilidade de atividade de trabalho e de geração de renda por meio de **oficinas produtivas**. Essas oficinas capacitam as pessoas em alguma atividade do tipo artesanal, como por exemplo na produção de velas, mosaico, tapeçaria, bijuterias, alimentos especiais, ou empreendimento comercial, como os brechós. Após a venda, os recursos obtidos são revertidos principalmente para os participantes.

A partir da Portaria 1.169/GM, de 2005, do Ministério da Saúde, é possível que os municípios recebam do governo federal recursos para iniciativas de inclusão social pelo trabalho. Por sua vez, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, de 2010, recomenda a criação de uma **bolsa de trabalho para os usuários e familiares** empreendedores solidários dos serviços de atenção psicossocial. Outra possibilidade de estimular estas iniciativas tem sido o lançamento de **editais públicos** para repasse de recursos a fundo perdido (ou seja, sem devolução) para associações de usuários e familiares, como também a outras entidades participativas da sociedade civil, desenvolverem projetos desta natureza. Estes editais podem ser lançados por todas as esferas de governo, ou seja, federal, estadual e municipal.

3) Direitos à diversidade e atividades culturais, de lazer e de esporte

O povo brasileiro tem diferentes origens étnicas (os indígenas, o branco europeu, os negros africanos, os diversos imigrantes de outros países), com suas culturas particulares. Além disso, existem os diversos grupos e classes sociais (as elites, as classes médias, os trabalhadores urbanos e do campo) e as diferenças regionais (sotaque, roupas, festas, comidas e manifestações culturais típicas). Tudo isso gera variadas formas de compreender e viver a vida, habitar, falar, fazer as coisas e trabalhar, jogar e brincar, de sociabilidade, espiritualidade, expressão artística, folclore etc. Essa diversidade deve ser respeitada, valorizada e divulgada, pois preserva e desenvolve os hábitos e costumes de cada grupo social, e marca a identidade de cada um deles.

⁽⁴⁾ Lei no 9.867, de 1999, que dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais. Infelizmente, até 2014, essa lei ainda não tinha sido ainda regulamentada.

A expressão da cultura, as formas de sociabilidade, lazer e o esporte são portanto meios muito importantes para promover uma vida saudável e a saúde mental das pessoas. Muitas das pessoas com transtorno mental, ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, foram deslocadas ou acabaram perdendo seus vínculos com as redes sociais e com as expressões culturais com que se identificavam em suas histórias pessoais. Uma das estratégias centrais da atenção psicossocial é promover ao máximo as oportunidades para religá-las ao que é significativo para elas, e que é muito potente para estimular o sentimento de vida, de identidade, de ser sujeito, de voltar a ter prazer de fazer coisas de que se gosta. A experiência mundial na atenção psicossocial comprova que, muitas vezes, esta(s) atividade(s) se torna(m) a principal base para a criar esperança de um novo futuro, para a construção de um novo projeto de vida e até mesmo de trabalho, e para a revalorização da pessoa na sociedade.



Do ponto de vista de todo cidadão, o acesso ao lazer, ao esporte e à atividade cultural, constitui direito de todos os brasileiros, sendo a garantia dele um dever fundamental da União (governo federal), dos Estados e dos municípios. Para isso, são necessários iniciativas e programas especiais para que todas as pessoas possam assegurar este acesso aos meios e às fontes da cultura, do esporte e ao exercício dos direitos culturais. No entanto, para o campo da atenção psicossocial, esse direito é ainda mais fundamental, e exige um enorme investimento para oferecer estes projetos e atividades no cotidiano dos serviços, ou para garantir a seus usuários uma oferta integrada, junto à rede de programas destinados para toda a população.

- ✓ Art. 30 (Participação na vida cultural e em recreação, lazer e esporte) 1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência de participar na vida cultural, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e tomarão todas as medidas apropriadas para que as pessoas com deficiência possam: a) Ter acesso a bens culturais em formatos acessíveis; b) Ter acesso a programas de televisão, cinema, teatro e outras atividades culturais, em formatos acessíveis; e c) Ter acesso a locais que ofereçam serviços ou eventos culturais, tais como teatros, museus, cinemas, bibliotecas e serviços turísticos, bem como, tanto quanto possível, ter acesso a monumentos e locais de importância cultural nacional.
- 2. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para que as pessoas com deficiência tenham a oportunidade de desenvolver e utilizar seu potencial criativo, artístico e intelectual, não somente em benefício próprio, mas também para o enriquecimento da sociedade. (1)

(1) Decreto 6.949 de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU.

✓ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: V - proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação e à ciência;

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: IX - educação, cultura, ensino e desporto;

Art. 215. O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais. § 1º - O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional. § 2º - A lei disporá sobre a fixação de datas comemorativas de alta significação para os diferentes segmentos étnicos nacionais. § 3º - A lei estabelecerá o Plano Nacional de Cultura, de duração plurianual, visando ao desenvolvimento cultural do País e à integração das ações do poder público que conduzem à: I. defesa e valorização do patrimônio cultural brasileiro; II. produção, promoção e difusão de bens culturais; III. formação de pessoal qualificado para a gestão da cultura em suas múltiplas dimensões; IV. democratização do acesso aos bens de cultura; V. valorização da diversidade étnica e regional.

Art. 216. Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem: I - as formas de expressão; II - os modos de criar, fazer e viver; III - as criações científicas, artísticas e tecnológicas; IV - as obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais; V - os conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico, paleontológico, ecológico e científico.

§ 3º - A lei estabelecerá incentivos para a produção e o conhecimento de bens e valores culturais. § 5º - Ficam tombados todos os documentos e os sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos.

Art. 217. É dever do Estado fomentar práticas desportivas formais e não-formais, como direito de cada um, observados: II - a destinação de recursos públicos para a promoção prioritária do desporto educacional e, em casos específicos, para a do desporto de alto rendimento; IV - a proteção e o incentivo às manifestações desportivas de criação nacional. (2)

No campo específico da saúde mental, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, de 2010, reivindicou a implementação de meia entrada em espaços culturais e de lazer para os usuários da atenção psicossocial. A Conferência também propôs o financiamento conjunto dos ministérios da Cultura e da Saúde para estimular os usuários a serem mais ativos em iniciativas de arte, arte-terapia, teatro, música, dança, poesia e práticas esportivas. Para isso, se deve criar, ampliar e regionalizar os **Pontos de Cultura**, os centros culturais e esportivos dos municípios, as oficinas nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS), unidades de saúde, CAPS, centros de convivência, entre outros.

(2) Constituição Federal.

Blocos de carnaval da saúde mental, importantes Pontos de Cultura do Rio de Janeiro:

Na cidade do Rio de Janeiro, temos há vários anos dois blocos carnavalescos fundados em instituições da rede pública de atenção psicossocial da cidade do Rio de Janeiro, que também é promotora dos dois projetos. O primeiro é o **Loucura Suburbana**, do Instituto Municipal Nise da Silveira e de moradores do bairro do Engenho de Dentro e adjacências. O segundo é o **Tá Pirando, Pirado, Pirou!**, do Instituto Municipal Philippe Pinel, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, do Instituto Franco Basaglia e da Associação de Moradores da Lauro Muller. Depois de algum tempo, os blocos se converteram em *Pontos de Cultura*, recebendo apoio do Ministério da Cultura, e desenvolvem diversas atividades artísticas durante o ano inteiro, como oficinas de percussão, de criação de alegorias, máscaras e fantasias, escolha de enredo, oficinas de composição musical e concursos de sambas de enredo. Tudo isso mobiliza muita alegria e insere os usuários da atenção psicossocial e seus familiares e profissionais em uma das mais importantes manifestações da cultura popular brasileira. Segundo seus promotores, "o ponto alto desse processo criativo é o desfile de carnaval, momento de colocar o bloco na rua e cantar pelas ruas da cidade a mensagem libertária da luta antimanicomial, em prol de uma sociedade mais tolerante e inclusiva com as diferenças".



Foto da Comissão de Frente do bloco Loucura Suburbana.

Pontos de Cultura, um programa importante do Ministério da Cultura, com forte impacto na atenção psicossocial:

Nas últimas gestões do governo federal, o Ministério da Cultura criou, por meio de editais regulares abertos a todos os municípios, um importante programa nacional de estímulo a projetos culturais, a serem implementados pela sociedade civil, por organizações governamentais ou não governamentais, podendo também serem integrados a iniciativas de outras áreas de política social. Trata-se dos chamados de Pontos de Cultura, inseridos em um programa mais amplo denominado de Cultura Viva. Os pontos são ações e projetos de produção de arte e cultura, particularmente de origem popular, apoiados financeira e institucionalmente pelo Ministério da Cultura, que tenham impacto nas suas comunidades. Têm formatos muito flexíveis, sem modelo único, que muitas vezes nem precisam de instalações físicas, nem de programação ou atividade. Em abril de 2010, havia 2,5 mil ações em 1.122 cidades, ou seja, um quinto do total de municípios brasileiros, e até o presente momento, em 2014, não encontramos dados mais atualizados. No campo da saúde mental, há inúmeros projetos e ações em andamento, com vários tipos de produção artística e cultural, incluindo até mesmo escolas de samba. Assim, temos aqui um caminho interessante para as associações de usuários e familiares dos serviços de atenção psicossocial, que têm a possibilidade de se organizarem para ampliar a cultura e a arte em saúde mental. Para uma visão mais detalhada deste programa, cabe visitar o sítio oficial do Ministério da Cultura na Internet (www.cultura.gov.br).



Cartaz-convite do desfile do Bloco "Tá pirando, pirado, pirou" de 2014

Outra alternativa importante são os *Centros de Convivência e Cultura*, espaços oferecidos pela rede de atenção psicossocial (RAPS) às pessoas com transtorno mental ou com necessidade decorrentes do uso de drogas, mas que também garantem acesso às demais pessoas da comunidade, a fim de promover a convivência entre diferentes, a sociabilidade, a construção de novos laços sociais, e a intervenção na cidade e na sociedade. Nesses espaços devem existir oficinas e atividades coletivas variadas, promovidas por artistas plásticos, músicos, atores, escritores, artesãos, educadores físicos, entre outros. O número de centros de convivência e cultura no país não está disponível nos dados oficiais da RAPS do Ministério da Saúde, mas sabemos que este número ainda é bastante aquém das necessidades, tanto do ponto de vista do número destes serviços, como também de sua distribuição no território. Assim, este tipo de serviço deve certamente entrar na pauta de reivindicações do movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica.

- ✓ Art.1º - Aprovar as seguintes diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS: I - Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade; II - Os Centros de Convivência e Cultura, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais; III - A clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e atividades coletivas são o eixo dos Centros de Convivência e Cultura, facilitando o convívio, a troca e a construção de laços sociais; IV - A exposição, troca ou venda dos produtos produzidos nas oficinas é eventual e poderá ser estimulada, ocupando espaços comerciais ou culturais relevantes na comunidade e na cidade. (5)

4) Direito à mobilidade e ao transporte municipal, intermunicipal e interestadual, como forma de estimular a independência pessoal, o acesso aos serviços e à participação social

Quando o usuário e seu familiar iniciam um tratamento psicossocial em um serviço de saúde mental ou de álcool e outras drogas, eles precisam ir regularmente até esses serviços, várias vezes por semana. No entanto, este deslocamento pode não ser fácil por vários motivos: os serviços podem ser distantes de suas casas; as condições do transporte não serem adequados à fragilidade da pessoa; ou o que é mais comum, usuário e familiar não terem condições financeiras para pagar o transporte público ou privado. Essas barreiras podem gerar um impedimento intransponível para o acesso regular ao serviço, para o próprio tratamento, para a participação social em geral (nos movimentos sociais e nos conselhos de políticas sociais), e também para o ativismo junto às associações de usuários e familiares e ao movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica.

Logo, é direito do todo cidadão ter boas condições de mobilidade urbana, e para o usuário e familiar, este direito se estende ao **acesso gratuito ao transporte público** para que possam realizar o tratamento psicossocial, constituindo portanto um direito social especial. E é dever do Estado promover condições plenas para isso. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, de 2010, propôs a articulação entre Ministério da Saúde e Ministério do Transporte visando a **isenção tarifária do transporte coletivo municipal e intermunicipal** aos usuários da rede de atenção psicossocial durante o tratamento. Outra forma disso ser concretizado é pela oferta de **vale-transportes** pelos serviços, de acordo com as necessidades do tratamento.

(5) Portaria MS 396, de 2005, que aprova as diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental.

Até 2014, não havia legislação nacional garantindo esse direito de forma líquida e certa para as pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas. Apenas os idosos (como indicado no Estatuto do Idoso) e pessoas com deficiência (Lei 10.298, de 2000), no sentido restrito desta palavra, conseguiram este direito em lei nacional. O direito ao transporte para os usuários da atenção psicossocial tem sido conquistado no plano municipal ou estadual pelos próprios núcleos locais e regionais dos movimentos antimanicomial e de reforma psiquiátrica. Para isso, as mobilizações têm buscado o apoio da sociedade em geral, de outros movimentos sociais populares, e particularmente de vereadores e deputados nas câmaras municipais e assembleias legislativas, bem como em reivindicações diretas aos prefeitos e governadores.

Assim, particularmente neste campo do direito ao transporte, cabe difundir o debate já indicado na introdução deste capítulo, sobre Decreto 6.949 de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, para uma inclusão mais clara das pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas nos direitos reconhecidos nesta convenção e no decreto, em uma legislação federal mais específica.



- ✓ Art. 9 - Acessibilidade 1. A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural.(1)

5) Direito à educação pública inclusiva e adequada, sem discriminação

No Brasil, o direito à educação é assegurado, pelo menos na Constituição e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, para todas as pessoas, na educação infantil, dos 4 aos 17 anos de idade. A nossa lei maior também estabelece a progressiva universalização do ensino médio gratuito (Art. 208, II). É dever do Estado, da sociedade e da família providenciar que seus membros tenham acesso à educação de qualidade, para o seu pleno desenvolvimento, exercício de cidadania e qualificação para o trabalho. No entanto, sabemos que no país vários grupos sociais, particularmente entre os trabalhadores, têm ou tiveram dificuldades de acesso e/ou permanência nas instituições educativas.

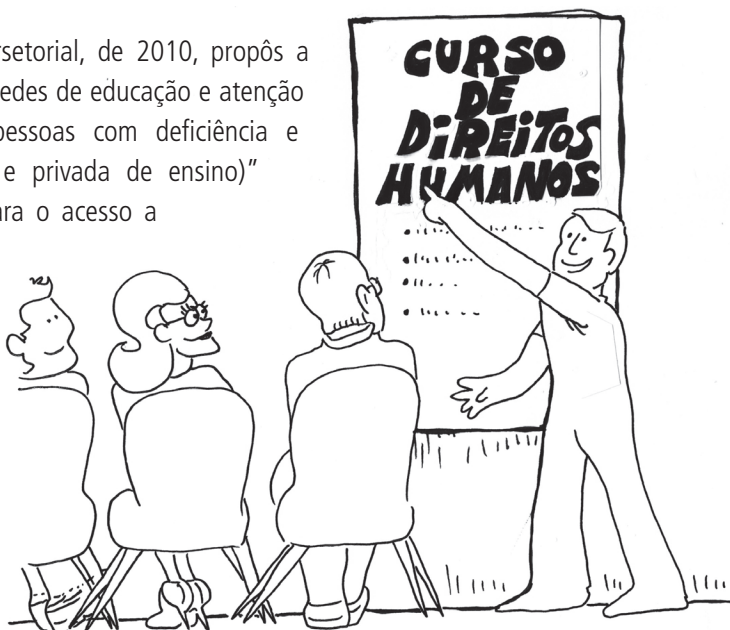
(1) Decreto 6.949 de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU.

Dessa forma, mesmo quando adultos, a pessoa mantém o direito ao acesso à educação escolar, e o processo educativo deve ter características adaptadas às necessidades e disponibilidade dos estudantes, garantindo àqueles que trabalham, o acesso e permanência na escola. Em relação às pessoas com necessidades especiais, a educação deverá ocorrer:

- preferencialmente na rede regular de ensino;
- assegurando a eles currículos e métodos educativos para atender suas necessidades;
- garantindo professores adicionais no ensino fundamental e médio, especialistas em educação especial ou inclusiva;
- oferecendo educação para o trabalho, visando sua integração na sociedade e acesso aos benefícios dos programas sociais disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.

O analfabetismo entre os usuários de serviços de saúde mental, álcool e outras drogas: a taxa de analfabetismo, ou seja, a proporção de pessoas que não sabem ler e nem escrever, em relação ao conjunto da população, constitui um indicador importante do nível de respeito aos direitos humanos e da qualidade de vida em uma sociedade. Além disso, o analfabetismo contribui para o baixo desenvolvimento de um país. No Brasil, o IBGE divulgou que em 2011 aproximadamente 8,6 milhões de pessoas acima de 15 anos eram analfabetas. Nestes dados, temos pessoas que não puderam frequentar a escola, ou que o fizeram, mas que por várias razões não conseguem mais ler ou escrever, o que é chamado de *analfabetismo funcional*. Não temos informações precisas no Brasil sobre esse índice em pessoas com transtornos mentais ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, mas a vivência nos serviços de atenção psicossocial indica que este número é bem maior que na população em geral. No entanto, há boas experiências de cursos nos próprios serviços de atenção psicossocial, ou de integração com programas externos de alfabetização em nosso país. Basta pesquisar na Internet, colocando por exemplo os termos “alfabetização” e “CAPS” nos dispositivos de busca, que aparecerão inúmeros exemplos destes cursos na rede de atenção psicossocial em todo o país.

A IV Conferência de Saúde Mental - Intersetorial, de 2010, propôs a implementação de ações intersetoriais entre as redes de educação e atenção psicossocial para garantir “a inclusão das pessoas com deficiência e transtorno mental nas escolas (rede pública e privada de ensino)” (Princípio 780). Também chamou a atenção para o acesso a “cursos técnicos, profissionalizantes e universitários, visando a inserção no mercado de trabalho”, a iniciativas de alfabetização e escolarização, bem como que as três esferas do governo realizem cursos permanentes de formação em direitos humanos aos usuários, familiares e profissionais.



- ✓ Art 24 (Educação) 1.Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência à educação. Para efetivar esse direito sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, os Estados Partes assegurarão sistema educacional inclusivo em todos os níveis, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida, com os seguintes objetivos: a) O pleno desenvolvimento do potencial humano e do senso de dignidade e auto-estima, além do fortalecimento do respeito pelos direitos humanos, pelas liberdades fundamentais e pela diversidade humana; b) O máximo desenvolvimento possível da personalidade e dos talentos e da criatividade das pessoas com deficiência, assim como de suas habilidades físicas e intelectuais; c) A participação efetiva das pessoas com deficiência em uma sociedade livre.
- 2.Para a realização desse direito, os Estados Partes assegurarão que: a) As pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional geral sob alegação de deficiência e que as crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino primário gratuito e compulsório ou do ensino secundário, sob alegação de deficiência;
- b) As pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino primário inclusivo, de qualidade e gratuito, e ao ensino secundário, em igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem; c) Adaptações razoáveis de acordo com as necessidades individuais sejam providenciadas; d) As pessoas com deficiência recebam o apoio necessário, no âmbito do sistema educacional geral, com vistas a facilitar sua efetiva educação; e) Medidas de apoio individualizadas e efetivas sejam adotadas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena.
- 5.Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino superior em geral, treinamento profissional de acordo com sua vocação, educação para adultos e formação continuada, sem discriminação e em igualdade de condições. Para tanto, os Estados Partes assegurarão a provisão de adaptações razoáveis para pessoas com deficiência. (1)
- ✓ Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.(2)
- ✓ Art. 2º A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.(6)
- ✓ Art. 3º O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber; III - pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas; IV - respeito à liberdade e apreço à tolerância; [...] VII - oferta de educação escolar regular para jovens e adultos, com características e modalidades adequadas às suas necessidades e disponibilidades, garantindo-se aos que forem trabalhadores as condições de acesso e permanência na escola; [...]
- Art. 5º O acesso ao ensino fundamental é direito público subjetivo, podendo qualquer cidadão, grupo de cidadãos, associação comunitária, organização sindical, entidade de classe ou outra legalmente constituída, e, ainda, o Ministério Público, acionar o Poder Público para exigi-lo.
- Art. 58. Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais. § 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial. § 2º O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.
- § 3º A oferta de educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil.
- Art. 59. Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais: I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades; II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os superdotados; III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns; IV - educação especial para o trabalho, visando a sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora; V - acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular. (7)

(1) Decreto 6.949 de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU

(2) Constituição Federal

(6) Lei nº 9.394, de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

(7) Decreto Nº 7.611, de 2011 que dispõe sobre a educação especial e o atendimento educacional especializado.

6. Direito à moradia

Os direitos sociais incluem o direito à moradia, ou seja, a ter um teto sobre a própria cabeça e uma referência para viver, temporária ou permanentemente. Além disso, esse local deve ser acessível, seguro e digno, deve ter água, luz, esgoto, transporte, saúde, educação, lazer e segurança pública. Assim, pode-se verificar que o direito à moradia possui relação com vários outros direitos fundamentais. Por isso, é dever do Estado viabilizar para a população de menor renda a concretização destes direitos. Este direito é ainda mais explícito quando se trata de pessoas com deficiência.

Contudo, o principal órgão de pesquisa e planejamento do próprio governo federal, o IPEA, registrou em 2012 um enorme contingente de população sem moradia no país, indicador que recebe o nome de *deficit habitacional*, de mais de 5 milhões de domicílios.

O programa mais recente do governo brasileiro no campo da moradia foi a criação em 2005 do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social. Em 2009, foi criado o Programa Minha Casa, Minha Vida, no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento, com casas adquiridas por meio de prestações subsidiadas, para famílias de baixa renda. No entanto, em 2014, haviam apenas 27 empreendimentos deste tipo em todo o território nacional.

- ✓ Art 20 (Padrão de vida e proteção social adequados) 1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência a um padrão adequado de vida para si e para suas famílias, inclusive alimentação, vestuário e moradia adequados, bem como à melhoria contínua de suas condições de vida, e tomarão as providências necessárias para salvaguardar e promover a realização desse direito sem discriminação baseada na deficiência.
- 2.Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência à proteção social e ao exercício desse direito sem discriminação baseada na deficiência, e tomarão as medidas apropriadas para salvaguardar e promover a realização desse direito, tais como: a) Assegurar igual acesso de pessoas com deficiência a serviços de saneamento básico e assegurar o acesso aos serviços, dispositivos e outros atendimentos apropriados para as necessidades relacionadas com a deficiência; b) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência, particularmente mulheres, crianças e idosos com deficiência, a programas de proteção social e de redução da pobreza; c) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência e suas famílias em situação de pobreza à assistência do Estado em relação a seus gastos ocasionados pela deficiência, inclusive treinamento adequado, aconselhamento, ajuda financeira e cuidados de repouso; d) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência a programas habitacionais públicos (1)
- ✓ São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.(2)
- ✓ Art. 2º Fica instituído o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS, com o objetivo de: I – viabilizar para a população de menor renda o acesso à terra urbanizada e à habitação digna e sustentável; II – implementar políticas e programas de investimentos e subsídios, promovendo e viabilizando o acesso à habitação voltada à população de menor renda; e III – articular, compatibilizar, acompanhar e apoiar a atuação das instituições e órgãos que desempenham funções no setor da habitação. Art. 3º O SNHIS centralizará todos os programas e projetos destinados à habitação de interesse social, observada a legislação específica.(8)

Para aquelas pessoas egressas de internações psiquiátricas e compulsórias de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares, o Ministério da Saúde criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Apesar do aumento regular no número deles desde 2002, os dados disponíveis apontam que no final de 2011 haviam apenas 625 de SRTs em todo o país, com cerca de mais 154 em fase de implantação, contemplando cerca de 3.470 pessoas. Por sua vez, o Programa de Volta para Casa provê direitos e benefícios sociais especiais voltados para sustentar

(1) Decreto 6.949 de 2009, que ratifica a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU

(2) Constituição Federal

(8) Lei 11.124, de 2005, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social

a volta para a sociedade e o processo de reabilitação destas pessoas, inclusive moradia, já descritos no quarto capítulo deste manual. Em fevereiro de 2012, o programa atingiu um conjunto de mais de 4.000 beneficiários. Consideramos que estes números ainda são reduzidos para contemplar as necessidades e os direitos deste grupo de usuários no país, e temos aqui uma outra área que também merece a atenção e a luta do movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica em todo o Brasil.

7) O direito à alimentação adequada

Por alimentação adequada entende-se como acesso regular, permanente e irrestrito por todas as pessoas no Brasil a alimentos em quantidades e qualidade suficientes para mantê-las saudáveis. Esta alimentação também deverá respeitar as tradições culturais típicas de cada população ou região, como mais uma dimensão importante da promoção de condições de vida digna. Assim, tem-se **o direito de estar livre da fome, da má nutrição, e a uma alimentação adequada**.

No entanto, esse direito não está sendo garantido no país, e um exemplo disso está nos últimos dados publicados sobre o assunto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). No ano de 2009, tivemos aproximadamente 65 milhões de brasileiros apresentando alguma restrição alimentar ou preocupação com a falta de recursos para ter acesso ao alimento [*3].

Contudo, alimentação adequada não se refere apenas a prevenir as restrições alimentares e a fome, mas também garantir uma nutrição de qualidade, que evite os efeitos perversos de uma alimentação inadequada na saúde geral das pessoas. Recentemente, um levantamento do Ministério da Saúde [*4], revelou que o povo brasileiro está cada vez mais acima do peso. Em 2012, este perfil chegou a mais da metade da população, e esse número vem aumentando ano a ano.

O governo brasileiro tem lançado algumas iniciativas para tentar coordenar o enfrentamento da insegurança alimentar. Em agosto de 2010, foi regulamentado a Lei 11.346, de 2006, pelo Decreto 7.272, concretizando a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN.

Outra iniciativa importante para a conquista do direito universal à alimentação adequada, em implantação gradual no país nas últimas décadas, são os **restaurantes populares**. Visam fornecer refeições saudáveis, variadas e saborosas, a preços acessíveis, e devem estar localizados em áreas de grande fluxo de pessoas, especialmente em grandes centros urbanos ou próximas a terminais de transporte coletivo, redes de saúde ou de proteção social. Cada unidade deve produzir um mínimo de mil refeições por dia, sempre respeitando as características culturais e hábitos alimentares da região. Segundo os dados oficiais do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, temos em 2014 apenas 89 restaurantes populares funcionando em 73 municípios brasileiros, servindo um total de cerca de 123 mil refeições por dia. O governo federal abre editais públicos para fornecer a infraestrutura dos restaurantes, e cabe aos municípios ou estados a sua manutenção diária.

Estes restaurantes têm uma enorme importância para a população mais empobrecida, para estudantes e particularmente para as pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas. Neste último grupo, estes restaurantes são ainda mais fundamentais para aqueles que estão em situação de rua, ou que vivem sozinhas, ou cujas famílias não têm todas as refeições regulares em casa. No entanto, dado o baixo número destas unidades no país, temos aqui um campo aberto de reivindicação e lutas para o movimento antimanicomial, em aliança com os demais movimentos sociais populares.

[*3] (IBGE. *PNAD, seção sobre Segurança Alimentar e Vitimização e Justiça*, 2010).

[*4] (*Vigitel Brasil 2012 : Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, 2013)

- ✓ Art. 6 - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (2)
- ✓ Art. 2º A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população. (9)

No campo específico da atenção psicossocial, é direito de todo usuário que faz tratamento em serviços da RAPS receber alimentação adequada. De acordo com o Ministério da Saúde, o número de refeições diárias a que o usuário tem direito, nos vários tipos de centro de atenção psicossocial (CAPS), depende do número de turnos em que deve permanecer no serviço.



- ✓ (Regra comum de todos os tipos de CAPS) Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias. (10)

Nos serviços de atenção psicossocial, outro aspecto importante deste direito a uma alimentação adequada diz respeito aos grupos e oficinas de cuidados e de educação para a saúde, que devem incluir a alimentação como tema regular de discussão e pesquisa entre os usuários. Além disso, as oficinas de culinária favorecem a aprendizagem de como se fazer uma comida mais saudável, e com melhor aproveitamento e mais variedades de alimentos. Essas oficinas também estimulam a autonomia dos usuários na preparação de sua própria comida, na vida diária, bem como possibilitam que eles ajudem suas famílias na produção das refeições diárias, valorizando-os. Outras vezes, estas oficinas possibilitam iniciar projetos de trabalho e renda, na perspectiva da economia solidária, com a produção de alimentos de qualidade para venda externa aos serviços. Assim, é possível perceber que, na atenção psicossocial, a conquista do direito à alimentação e à nutrição adequada apresenta múltiplas dimensões e oportunidades.

(2) Constituição Federal

(9) Lei 11.346, de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada, e dá outras providências.

(10) Portaria 336/GM, de 2002, do Ministério da Saúde.

8) O direito a benefícios sociais

No atual sistema econômico vigente no Brasil, o capitalismo, o acesso aos bens que garantem a subsistência passa principalmente pelas relações de trabalho e consumo, ou seja, pela troca da riqueza gerada pelo trabalho, por produtos e serviços. Assim, para se ter acesso aos bens necessários à vida, a regra é ter um trabalho remunerado no mercado de trabalho competitivo. E como já indicamos na seção sobre o direito ao trabalho, este mercado não oferece oportunidade para todos.

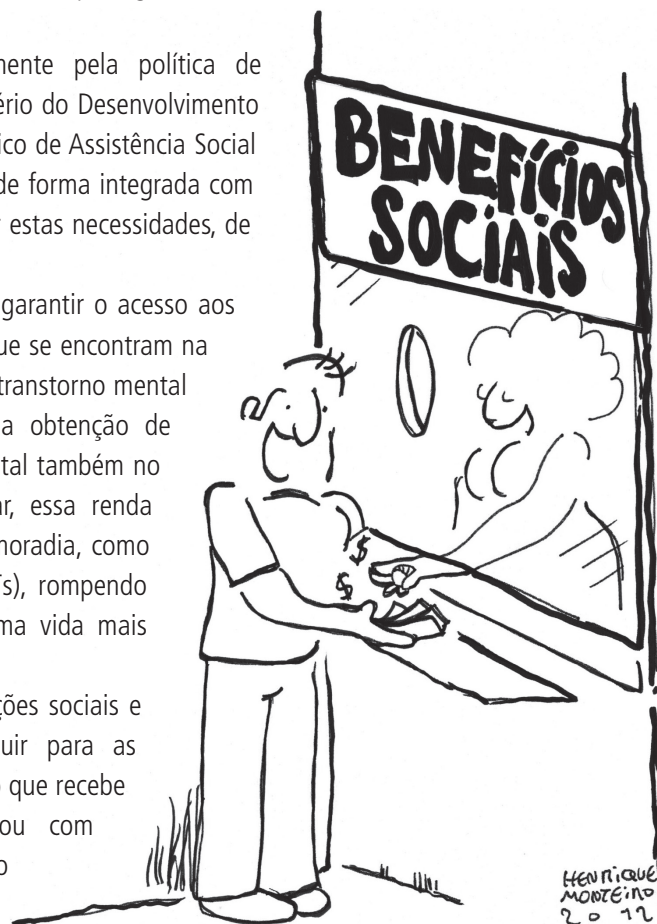
Há inúmeras situações de fragilidade que podem gerar alguma forma de impedimento para o pleno exercício do direito e dever de trabalhar: deficiências, doenças temporárias ou crônicas debilitantes de longo prazo, velhice, transtornos mentais severos, internação de longa permanência em instituições fechadas, ou um uso muito disfuncional de drogas. As pessoas nestas situações podem não conseguir ter acesso ao mercado de trabalho, ou o que é mais comum, ou têm limitações que dificultem muito ou até impossibilitem a realização de atividades laborativas. Para elas, as políticas sociais têm o dever de prover as condições básicas para garantir a sua sobrevivência.

Essas necessidades são respondidas mais diretamente pela política de assistência social, que no Brasil é coordenada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), de forma integrada com as demais políticas sociais. A principal forma de responder estas necessidades, de forma difusa na sociedade, são os **benefícios sociais**.

Assim, os benefícios sociais têm o objetivo maior de garantir o acesso aos recursos básicos da subsistência para todos os cidadãos que se encontram na situações indicadas acima. Contudo, para as pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, a obtenção de benefícios sociais, na forma de renda própria, é fundamental também no processo de reabilitação psicossocial. Em primeiro lugar, essa renda possibilita que a pessoa busque e pague por uma nova moradia, como por exemplo, nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), rompendo com o processo de institucionalização e estimulando uma vida mais independente.

Entretanto, a renda tem também diversas outras funções sociais e terapêuticas. Por exemplo, ela significa poder contribuir para as despesas da família e retribuir, de alguma forma, o cuidado que recebe dela, ajudando a pessoa com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas a ser valorizado na esfera familiar. A renda própria também implica em reaprendizagem de funções importantes para a vida social, como manejo de dinheiro, planejamento das despesas mensais e até mesmo gerir uma poupança pessoal. Ela também aumenta o poder de contratualidade nas demais relações sociais na cidade, ou seja, de estabelecer trocas sociais valorizadas: comprar coisas, fazer cursos, sair e se divertir com os amigos, participar de eventos culturais etc. E desta forma, também possibilita aumentar a autonomia da pessoa na vida cotidiana.

Os benefícios sociais mais relevantes para os usuários e familiares da atenção psicossocial são apresentados a seguir.



8.1) *Benefício de Prestação Continuada (BPC):*

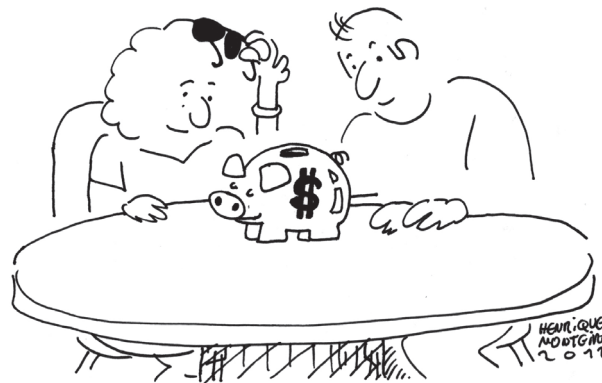
O Benefício de Prestação Continuada (BPC) busca a proteção social do cidadão e a superação de situações de vulnerabilidade e risco social. É um direito das pessoas consideradas socialmente desamparadas, ou seja, que comprovem não ter renda suficiente para se sustentar ou ser sustentado pela sua própria família. Como se trata de um benefício muito importante para os usuários da atenção psicossocial, procuraremos fornecer aqui o máximo possível de informações sobre o BPC, no estilo “passo a passo”.

7.1.1) *Os critérios para o acesso ao BPC*

Para se ter acesso ao benefício, é preciso cumprir os seguintes requisitos:

- a) Ser pessoa com alguma deficiência física, intelectual ou sensorial, de qualquer idade e com algum impedimento de longo prazo (que as incapacita para a vida independente e para o trabalho por, pelo menos, dois anos), ou idosos com 65 anos ou mais, mesmo que nunca tenham contribuído para a Previdência Social.
- b) Ser pessoa que tenha renda mensal bruta familiar, por pessoa, inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo vigente. Para este cálculo, deve-se somar os rendimentos da pessoa e de todos os seus familiares e dividir pelo total de membros da família, de acordo com os critérios descritos a seguir.

Se a pessoa que está pedindo o BPC tiver **residência fixa**, ou seja, um lugar para morar, será considerada “família” o grupo formado por todas **as pessoas que vivem sob o mesmo teto**: a pessoa que está pedindo o BPC (idoso ou pessoa com deficiência, que, como já dito, abrange a pessoa com transtorno mental ou necessidade decorrente do uso de drogas); seu marido/companheiro ou sua esposa/companheira; seu pai/padrasto ou sua mãe/madrasta ou responsável; a(s) irmã(s), o(s) irmão(s) solteiro(s); a(s) filha(s), o(s) filho(s), a(s) enteada(s), o (s) enteado(s) solteiro(s), menor(es) de idade tutelado(s).



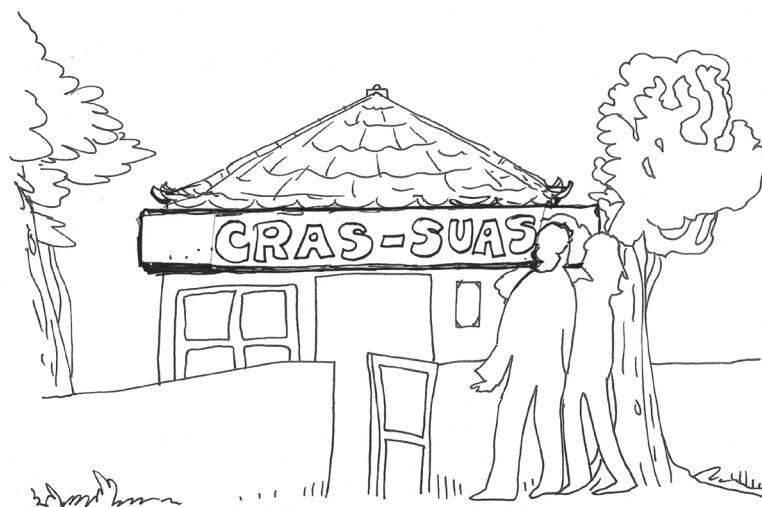
No entanto, se a pessoa que está pedindo o BPC estiver em **situação de rua**, será considerada “família” o grupo formado por todas **as pessoas que também estejam na mesma situação de rua**, tal como consta na Declaração da Composição e Renda Familiar: a pessoa que está pedindo o BPC (idoso ou pessoa com deficiência, que, como já dito, abrange a pessoa com transtorno mental ou necessidade decorrente do uso de drogas); seu marido/companheiro ou sua esposa/companheira; seu pai/padrasto ou sua mãe/madrasta ou responsável; a(s) irmã(s), o(s) irmão(s) solteiro(s); a(s) filha(s), o(s) filho(s), a(s) enteada(s), o (s) enteado(s) solteiro(s), menor(es) de idade tutelado(s).

Para calcular a renda mensal familiar, por pessoa, são considerados os rendimentos obtidos por meio de salários; seguro desemprego; proventos; pensões; pensões alimentícias; benefícios de previdência privada ou pública; comissões; pró-labore; trabalho não assalariado; mercado informal ou autônomo; patrimônio da pessoa; e a renda mensal vitalícia (RMV), um benefício hoje em extinção, mantido apenas para aqueles que já eram beneficiários, antes da implementação do BPC, pois trata-se de direito adquirido protegido pela Constituição Federal e do próprio BPC. No entanto, há também um conjunto de benefícios sociais específicos que **não são somados** para fins de cálculo da renda mensal familiar, cuja informação está disponível no texto do Decreto 6.214, de 2007.

8.1.2) Passos para solicitar o BPC:

Para solicitar o BPC, a pessoa deverá realizar os seguintes passos:

- a) Procure o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou a Secretaria Municipal de Assistência Social ou o órgão municipal responsável pela política de Assistência Social, para receber as informações, tirar dúvidas e receber o apoio necessário para solicitar o BPC. Nestes serviços, o usuário é cadastrado e recebe um número de identificação social - NIS. Para este passo inicial, os usuários e familiares da atenção psicossocial devem buscar o suporte dos profissionais de seus serviços de referência. Dentre eles, os assistentes sociais têm os benefícios sociais como uma atribuição profissional reconhecida, e normalmente são os mais bem preparados para agir neste campo.



- b) O INSS é o órgão do governo federal responsável pelo recebimento do requerimento e pelo reconhecimento (ou não) do direito ao BPC. Por isso, o próximo passo é agendar o atendimento na agência do INSS mais próxima do local onde vive. O agendamento pode ser feito, gratuitamente, pelo número de telefone 135 (Central de Atendimento da Previdência Social) ou pela Internet (www.previdenciasocial.gov.br);
- c) No dia do atendimento na agência do INSS escolhida pela pessoa, ela deverá:
 - preencher o formulário de solicitação do benefício;
 - apresentar a declaração da renda familiar. A renda pessoal e familiar poderá ser comprovada por meio dos seguintes documentos: Carteira de Trabalho; contracheque de pagamento; documento expedido pelo empregador; Guia da Previdência Social (GPS), se a pessoa ou familiar for contribuinte individual; extrato de pagamento ou declaração fornecida por outro regime de previdência social pública ou privada);
 - comprovar residência e apresentar os seus documentos de identificação e os documentos dos seus familiares (CPF, se já o possuir; certidão de nascimento ou casamento; certificado de reservista; carteira de identidade ou Carteira de Trabalho). Vale esclarecer que se a pessoa que está solicitando o BPC estiver em situação de rua, o endereço que deverá apresentar para comprovar sua residência é o do serviço da rede socioassistencial pela qual esteja sendo acompanhada. Na falta de um serviço da rede socioassistencial, a pessoa em situação de rua poderá indicar o endereço de pessoa(s) com a qual tenha uma relação de proximidade;

d) O quarto passo a ser dado apenas pela pessoa que está solicitando o benefício, é a realização de **perícia**, cuja data, horário e local são agendados pelo INSS. Ela consiste em uma avaliação, feita por médico e por assistente social do próprio INSS, da deficiência e do grau de impedimento que a pessoa apresenta. Entretanto, se ficar comprovado que a pessoa com deficiência não tem condições de ir até onde deveria ser feita a perícia, ela poderá ser realizada na sua casa ou no local em que esteja internada.

A pessoa idosa estará apta a receber o BPC se comprovar sua idade (igual ou superior a 65 anos) e sua renda familiar. Já a pessoa com deficiência, transtorno mental ou necessidade decorrente de drogas, além da comprovação da renda familiar, deverá, ainda, comprovar a deficiência e/ou o grau de impedimento, o que será feito por meio de duas avaliações. A avaliação médica analisa as funções e as estruturas do corpo ou da mente; e a social avalia os fatores ambientais, sociais e pessoais. Ambas levam em conta a limitação no desempenho de atividades e a restrição da participação da pessoa com deficiência, transtorno mental ou necessidade decorrente de drogas.

8.1.3) Após cumprir o processo de solicitação:

Após realizar todos os passos necessários e cumprir todos os requisitos exigidos para a solicitação do BPC, a pessoa será informada sobre a concessão ou não do benefício por meio de carta enviada pelo INSS, para o endereço que consta na documentação entregue no posto do INSS. Por isso, é importante manter os dados atualizados e informar à agência do INSS mais próxima, qualquer alteração dos seus dados cadastrais, tais como mudança de nome, de endereço e de estado civil. A pessoa pode recorrer à Junta de Recursos da Previdência Social, em até 30 (trinta) dias depois do recebimento da correspondência do INSS, informando que seu pedido do BPC foi negado. A Defensoria Pública Federal também pode ser acionada para este tipo de recurso.

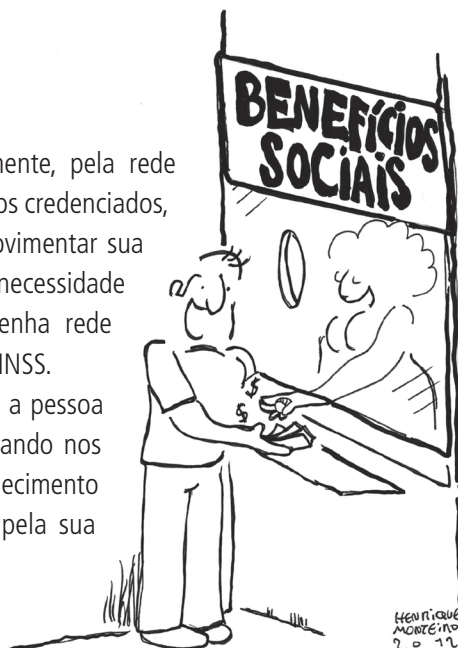
8.1.4) Após ser aceito para receber o BPC:

Se conseguir o BPC, a pessoa receberá seu pagamento, mensalmente, pela rede bancária autorizada, que é composta, atualmente, por 17 (dezessete) bancos credenciados, tais como Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil e Bradesco. Para movimentar sua conta, receberá um cartão magnético do banco, sem qualquer custo ou necessidade de adquirir serviço ou produto do banco. Caso seu município não tenha rede bancária, o pagamento do BPC será realizado por órgão autorizado pelo INSS.

De dois em dois anos, o INSS realiza nova avaliação para verificar se a pessoa que está recebendo o BPC ainda precisa dele e se continua se enquadrando nos critérios de recebimento, ou se o seu pagamento pode ser cessado. O falecimento da pessoa beneficiada pelo BPC deverá ser informado imediatamente, pela sua família ou pelo seu representante legal, ao INSS.

É importante esclarecer, também, que o BPC:

- deve ser buscado por cidadãos brasileiros ou naturalizados, desde que residam no Brasil, com endereço certo ou em situação de rua;
- é um benefício **individual, não vitalício e intransferível**, ou seja, só a pessoa beneficiada pode recebê-lo, enquanto comprovar sua necessidade. Caso o beneficiário do BPC volte a ter condições de trabalhar e prover o próprio sustento, o benefício será suspenso, e se vier a falecer, o benefício será cancelado;



- c) o desenvolvimento de capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação, enquanto estiver recebendo do BPC, não caracterizam motivo para a suspensão ou cessão do benefício da pessoa com deficiência, transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de drogas;
- d) não é aposentadoria e nem pensão, logo não dá direito ao 13º pagamento e nem ao recebimento de pensão por parte de herdeiros ou sucessores;
- e) continuará sendo pago à pessoa, mesmo que ela necessite de internação;
- f) não poderá ser acumulado com outro benefício pago pela seguridade social, tais como o seguro desemprego, a aposentadoria e a pensão.

8.1.5) Aspectos importantes do BPC para usuários da atenção psicossocial:

Para os usuários da atenção psicossocial, é ainda importante destacar os seguintes aspectos sobre o BPC:

- a) **Não há qualquer exigência legal de interdição da pessoa com deficiência, transtorno mental, necessidade decorrente do uso de drogas, idosa ou em situação de rua, para que ela possa ter acesso ao BPC.** Fique atento: a exigência de interdição para o recebimento do BPC é ilegal e deve ser denunciada às Ouvidorias do Ministério do Desenvolvimento Social ou da Previdência Social.
- b) A pessoa com deficiência, transtorno mental, necessidade decorrente do uso de drogas, idosa ou em situação de rua, que viva sozinha e esteja acolhida em instituição de longa permanência, tal como abrigos e hospitais, poderá receber o BPC, quando atender todos os critérios fixados para o recebimento do benefício.
- c) A própria pessoa que quer receber o BPC pode pedi-lo, se for maior de idade (tiver, pelo menos, 18 anos) e capaz (não for interditado), sem precisar que outra pessoa o faça por ela. Basta dirigir-se a uma agência do INSS próxima do local em que vive e solicitar o benefício, totalmente de graça, sem qualquer custo. Se outra pessoa ou um funcionário público cobrar alguma taxa ou pagamento de qualquer natureza para pedir o BPC, denuncie isso nas Ouvidorias do Ministério do Desenvolvimento Social ou da Previdência Social!
- d) Se a pessoa que necessita do BPC for menor de idade ou estiver impossibilitada de agir em seu próprio nome, o BPC poderá ser solicitado pelo seu representante legal, que deverá apresentar o instrumento jurídico correspondente, tal como, uma procuração, o termo de guarda, tutela ou curatela.



- ✓ Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. § 1º Para os efeitos do disposto no *caput*, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto. § 2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se: I - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas; II - impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. § 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal *per capita* seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. § 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo os da assistência médica e da pensão especial de natureza indenizatória. § 5º A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada. § 6º A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).(11)

8.2) “De Volta para Casa”:

O programa “De volta para Casa” é coordenado pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo reinserir na sociedade os usuários que estavam internados em hospitais ou unidades psiquiátricas ou de custódia por pelo menos dois anos e que receberam alta individual. Outra possibilidade é da pessoa estar em instituições manicomiais que são alvo de processo planejado de fechamento, dada a gravidade das violações dos direitos dos internados, sendo substituídos por serviços abertos da rede de atenção psicossocial. As pessoas que fazem parte deste programa podem receber um auxílio financeiro mensal durante um ano, podendo ser renovado quando necessário. No quarto capítulo, já identificamos os demais programas sociais destinados a este grupo particular de usuários.

As pessoas que podem receber o benefício “De Volta para Casa”, e que não têm família, e que ficaram com prejuízos físicos ou psíquicos que as impossibilitam de se manter fora dessas instituições, poderão receber cumulativamente o BPC e a bolsa do programa “De Volta para Casa”.

- ✓ Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei. Parág. único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde.
- Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei. [...] § 3º-O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.
- Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional. (12)

(11) Lei nº 12.435, de 2011, que dispõe sobre a organização da assistência social.

(12) Lei 10.708, de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

8.3) Auxílio-doença:

Recebem este benefício as pessoas que contribuem com a previdência social e que, temporariamente, estão incapacitadas para o trabalho ou atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos, até o limite de dois anos. Caso a pessoa não possa recuperar-se para realizar seu trabalho ou atividade habitual, deverá reabilitar-se profissionalmente para outra atividade. Durante o tratamento e reabilitação a pessoa continuará recebendo o auxílio-doença, salvo se não participar do processo de reabilitação profissional oferecido pela Previdência Social e se não comparecer ao exame pericial. Caso a pessoa não consiga se reabilitar, ela poderá se aposentar por invalidez.



- ✓ Art. 59. O auxílio-doença será devido ao segurado que, havendo cumprido, quando for o caso, o período de carência exigido nesta Lei, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos.
- Art. 60. O auxílio-doença será devido ao segurado empregado a contar do décimo sexto dia do afastamento da atividade, e, no caso dos demais segurados, a contar da data do início da incapacidade e enquanto ele permanecer incapaz. § 1º Quando requerido por segurado afastado da atividade por mais de 30 (trinta) dias, o auxílio-doença será devido a contar da data da entrada do requerimento.
- Art. 61. O auxílio-doença, inclusive o decorrente de acidente do trabalho, consistirá numa renda mensal correspondente a 91% (noventa e um por cento) do salário-de-benefício, observado o disposto na Seção III, especialmente no art. 33 desta Lei.
- Art. 62. O segurado em gozo de auxílio-doença, insusceptível de recuperação para sua atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade. Não cessará o benefício até que seja dado como habilitado para o desempenho de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado não-recuperável, for aposentado por invalidez. (13)

8.4) Aposentadoria por invalidez:

Este benefício é concedido às pessoas que contribuem com a previdência social por pelo menos doze meses e que são considerados incapazes à reabilitação para o desempenho de atividade que lhe garanta a subsistência. Para ser aposentado por invalidez, a pessoa deverá passar por exame médico-pericial na Previdência Social, no qual poderá ser acompanhada por seu médico de confiança. Nesta consulta, deverá ser diagnosticado que a pessoa possui um transtorno mental e comprovado que há incapacidade para o trabalho e que essa incapacidade é proveniente do transtorno.

(13) Lei 8.213, de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.

✓ Art. 42. A aposentadoria por invalidez, uma vez cumprida, quando for o caso, a carência exigida, será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz e insusceptível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, e ser-lhe-á paga enquanto permanecer nesta condição. § 1º A concessão de aposentadoria por invalidez dependerá da verificação da condição de incapacidade mediante exame médico-pericial a cargo da Previdência Social, podendo o segurado, às suas expensas, fazer-se acompanhar de médico de sua confiança. § 2º A doença ou lesão de que o segurado já era portador ao filiar-se ao Regime Geral de Previdência Social não lhe conferirá direito à aposentadoria por invalidez, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão.

Art. 45. O valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25% (vinte e cinco por cento). Parág. único. O acréscimo de que trata este artigo: a) será devido ainda que o valor da aposentadoria atinja o limite máximo legal; b) será recalculado quando o benefício que lhe deu origem for reajustado; c) cessará com a morte do aposentado, não sendo incorporável ao valor da pensão.

Art. 46. O aposentado por invalidez que retornar voluntariamente à atividade terá sua aposentadoria automaticamente cancelada, a partir da data do retorno.

Art. 47. Verificada a recuperação da capacidade de trabalho do aposentado por invalidez, será observado o seguinte procedimento: I - quando a recuperação ocorrer dentro de 5 (cinco) anos, contados da data do início da aposentadoria por invalidez ou do auxílio-doença que a antecedeu sem interrupção, o benefício cessará: a) de imediato, para o segurado empregado que tiver direito a retornar à função que desempenhava na empresa quando se aposentou, na forma da legislação trabalhista, valendo como documento, para tal fim, o certificado de capacidade fornecido pela Previdência Social; ou b) após tantos meses quantos forem os anos de duração do auxílio-doença ou da aposentadoria por invalidez, para os demais segurados. (13)

9) Uma tarefa importante no campo dos direitos sociais, a de conhecer o funcionamento de cada uma das demais políticas sociais e seus serviços; o exemplo da Política de Assistência Social

Quando lidamos com os direitos sociais do cidadão em geral e com os direitos sociais especiais para as pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas que são providos pelas demais políticas e agências sociais, não basta apenas conhecer isoladamente cada direito. É preciso também buscar conhecer o funcionamento destas políticas, e particularmente da organização de seus principais serviços. Para efeito deste manual, providenciamos a seguir apenas uma exposição muito breve de uma delas, a da assistência social, para dar um exemplo de como isto poder ser feito. Hoje em dia, a Internet torna mais acessível o acesso às agências públicas, à legislação, a seus serviços e também às avaliações críticas destas políticas, permitindo a usuários e familiares conhecerem melhor cada uma delas.

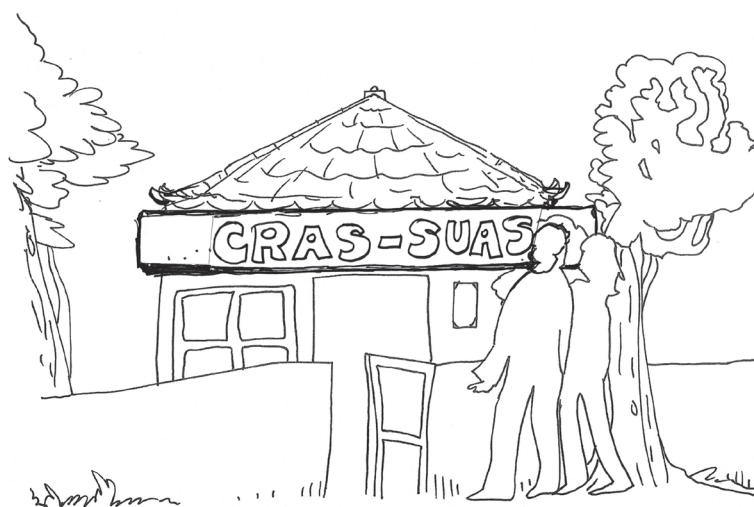
A política pública de Assistência Social, que construiu o **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**, fortemente inspirado no SUS, visa garantir aos brasileiros os direitos sociais. Por vezes, pessoas e grupos se encontram em situações de dificuldade e risco, como fragilidade de vínculos afetivos, preconceito, uso de substâncias psicoativas, desvantagem pessoal resultante de deficiências, exclusão pela pobreza, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, entre outras. Portanto, a política de Assistência Social tem como objetivo promover serviços, programas, projetos e benefícios para as pessoas que estão com dificuldades sociais.

⁽¹³⁾ Lei 8.213, de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.

✓ Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos: I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente: a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; c) a promoção da integração ao mercado de trabalho; d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais. Parág. único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. (14)

Nesta política, temos a **proteção social básica** e a proteção social especializada. A primeira previne situações de risco fortalecendo e potencializando os vínculos familiares e comunitários. Para isso, dispõe de serviços chamados de **Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)** que se localizam na comunidade, perto do local de moradia das pessoas. A proteção social básica constitui-se como porta de entrada do sistema da Assistência Social, sendo responsável pelas ações de proteção social leve ou moderada. Ela é operacionalizada por uma rede de serviços socioeducativos, locais de acolhimento, programas sociais, projetos de capacitação ao trabalho, centros de convivência, e centros de educação e informação ao trabalho.



Já a **proteção social especial** tem como objetivo o atendimento a pessoa, família ou grupo que vivenciaram situações de violência, como, por exemplo, violência física, sexual, psicológica, cumprimento de medida socioeducativa, situação de moradia na rua, idosos e pessoas com deficiência em situação de abandono. Algumas das atividades da Proteção Social Especial, que tem sua base no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), são: o acolhimento, orientação e encaminhamentos para a rede de serviços, orientação sociofamiliar, atendimento psicossocial, orientação jurídico-social, mobilização para o exercício da cidadania, estímulo ao convívio familiar, grupal e social, entre outros.

Cada município brasileiro é obrigado a organizar seus serviços dos SUAS, na forma dos CRAS, CREAS e seus respectivos programas indicados acima. Os usuários e familiares da atenção psicossocial devem saber identificar e conhecer estes serviços na área onde vivem.

⁽¹⁴⁾ Lei 8.742, de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e modificada por várias leis posteriores, inclusive a mais recente Lei 12.435, de 2011.

10) O processo de adequação das demais políticas sociais às particularidades e aos direitos dos usuários e familiares da atenção psicossocial, e estratégias para o trabalho intersetorial

Como se pode ver pela seção anterior, a política de assistência social tem uma importância enorme para o campo da atenção psicossocial, assim como este para a própria assistência social. O mesmo pode ser dito das demais políticas sociais indicadas neste capítulo e no conjunto deste manual. No entanto, a experiência mostra que este diálogo, a integração e o trabalho intersetorial, tema já indicado na introdução deste capítulo pela sua importância, não é tão simples como parece à primeira vista. **Os depoimentos de usuários e familiares da atenção psicossocial sobre a recepção e o atendimento nos serviços das demais políticas sociais indicam muitas dificuldades dos trabalhadores e de suas rotinas diárias para compreender e respeitar as particularidades e os direitos das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas.**



Em primeiro lugar, é necessário identificar tais dificuldades no dia a dia nestes serviços, e procurar compreender seus motivos, antes de pensar nas ações possíveis para transformar esta situação. Como indicamos durante todo este manual, o transtorno mental severo e o uso disfuncional de drogas são fenômenos complexos, e implicam em contato direto com pessoas com fragilidades e dificuldades especiais. Eles certamente requerem muitas vezes mais dedicação e trabalho por parte dos profissionais e dos serviços sociais em geral, do que com seus usuários convencionais. Além disso, como vimos, os

usuários da atenção psicossocial implicam em situações de cidadania e de direitos sociais especiais, que nem sempre são conhecidos das demais áreas de política social. Na maioria dos casos, os profissionais destas outras áreas não foram devidamente capacitados para trabalhar com este público. Quando isso ocorre, a primeira tendência é deles também reproduzirem o estigma e a discriminação difusos na sociedade em geral.

Além disso, no quadro nacional atual das políticas sociais no país, com os governos investindo menos que o necessário nelas, a maioria dos serviços se encontram deteriorados pela terceirização (execução direta dos serviços entregue para a rede privada ou filantrópica), superlotação e sucateamento, sem falar nas péssimas condições de trabalho e salário oferecidas a seus trabalhadores. Neste contexto marcado por muito estresse, novos usuários que requeiram uma atenção especial podem ser vistos inicialmente apenas como uma carga a mais, e não como uma oportunidade de cooperação e trabalho integrado com outras agências, o que no final poderá significar cargas e responsabilidades compartilhadas, com maior eficácia na resolução de problemas. Assim, por estas razões, não é surpresa ouvir usuários e familiares da atenção psicossocial relatarem que seus direitos não estão sendo respeitados da forma adequada nos serviços das demais políticas sociais.

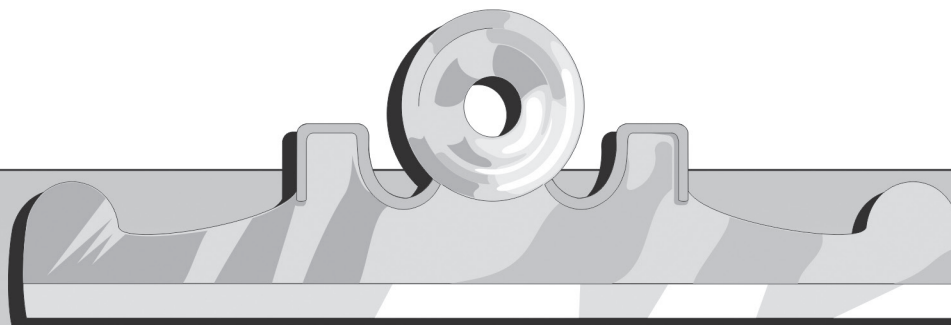
Para que estas situações sejam gradualmente superadas, a perspectiva é a **articulação e o trabalho intersetorial** da atenção psicossocial com estas outras políticas sociais. A **intersectorialidade** implica em trabalho integrado de duas ou mais políticas sociais, com iniciativas comuns de ação, capacitação, supervisão, coordenação de atividades, particularmente em territórios em que elas têm responsabilidade de lidar com problemas que se interligam de diversas formas.

Felizmente, já temos hoje no Brasil algumas estratégias consolidadas de articulação e trabalho intersetorial, que podem inspirar outras experiências nas demais cidades do país. As associações de usuários e familiares da saúde mental e da atenção psicossocial em geral, os núcleos do movimento antimanicomial e os seus representantes nos conselhos municipais de saúde e de outras políticas sociais, devem conhecer estas estratégias e experiências e acompanhar a atuação destas políticas sociais, cobrando esta **ação coordenada e integrada**. **Isto pode se dar por meio dos seguintes dispositivos e estratégias:**

- a) iniciativas de *se conhecer* trabalhadores interessados neste tipo de articulação em outras políticas sociais, de se buscar conhecer de forma compartilhada as políticas e programas específicos já existentes de cada setor, seus desafios mais importantes e seus atores concretos, para gerar linhas iniciais de troca experiências e possibilidades de cooperação;
- b) proposição de *iniciativas e ações conjuntas*, na prática cotidiana dos serviços e programas;
- c) criação de dispositivos de *apoio matricial*, que é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes de políticas ou programas diferentes assumem um processo de discussão e construção compartilhada, criando uma proposta integrada de intervenção na realidade. Isso é feito por meio de articulação entre políticas e programas, com atribuição clara de responsabilidades compartilhadas e formas concretas comuns de coordenação, formação profissional, supervisão institucional, ação e prestação de contas.
- d) criação de *foruns intersetoriais* por áreas específicas de uma região ou cidade, em que os diversos programas, serviços, membros do controle social e demais atores sociais da área avaliam as situações e casos prioritários, discutem as estratégias e ações comuns a serem realizadas;
- e) implementação do *encaminhamento responsável e monitorado*, que exige conhecimento e articulação orgânica prévia e permanente entre trabalhadores, agências e serviços públicos, via telefone ou e-mail; avaliação prévia da possibilidade dos encaminhamentos; monitoramento das ações e dos resultados e das responsabilidades seguintes de cada um no desenvolvimento da intervenção, e finalmente, se for o caso, do retorno.
- f) gradualmente, aprofundar esta articulação concreta entre diferentes agências governamentais e da sociedade civil em um *planejamento global e estratégico coerente*; com ações integradas e colaborativas em rede, com referência no território; e ir assumindo os conselhos de controle social das políticas sociais envolvidas como espaços privilegiados de sua implementação, monitoramento e avaliação.



Esperamos que estas indicações sejam úteis para que os leitores usuários e familiares possam estimular os trabalhadores das várias políticas sociais com quem têm contato, a buscar conhecer e utilizar tais estratégias. Com isso, consideramos que podemos então concluir este capítulo sobre direitos sociais, restando apenas indicar as nossas já conhecidas sugestões de tarefas para consolidar o conhecimento e para iniciar os respectivos encaminhamentos práticos.



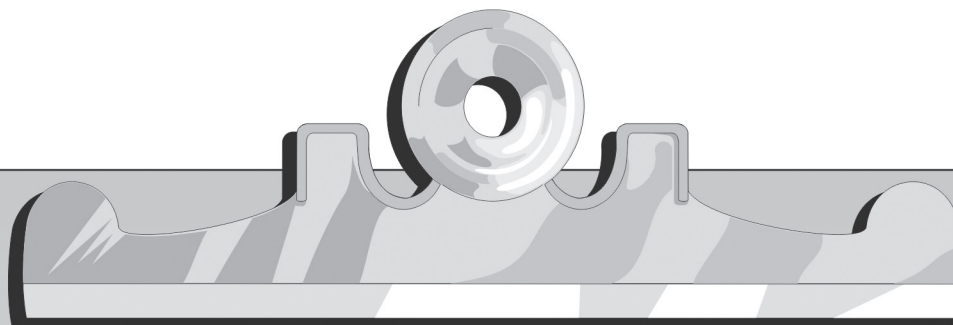
Tarefas:

1) Releia e discuta com seus companheiros usuários e/ou familiares a introdução do capítulo, retomando a noção de *direitos sociais universais*, do *princípio da discriminação positiva* e dos *direitos sociais especiais*. Tendo discutido e tirado todas as dúvidas sobre estes conceitos, pergunte entre os usuários e familiares de seu contato se eles têm acesso a um desses direitos sociais especiais, tais como os descritos neste capítulo, como a Aposentadoria por Invalidez, o Benefício de Prestação Continuada, o “De Volta para Casa” etc. Nestes casos, pergunte o que levou à concessão do direito: foi o diagnóstico de transtorno psiquiátrico? Discuta agora com seus companheiros os riscos indicados na introdução do capítulo de se ter este critério como a justificativa para ter acesso aos benefícios. Qual(is) seria(m) então a(s) alternativa(s) que vocês consideram mais adequada(s) para justificar o acesso aos direitos sociais especiais para as pessoas com transtorno mental?

2) Por que o exercício do direito ao trabalho é tão importante? Você conhece algum(a) usuário(a) da atenção psicossocial que tem alguma atividade laborativa? Ele(a) recebe renda por este trabalho? Quais os efeitos positivos desta atividade e da renda obtida? Na região onde você(s) realiza(m) o tratamento e/ou mora(m), a Rede de Atenção Psicossocial possui algum projeto de oficina produtiva, de trabalho protegido ou de economia solidária? Procure conhecer este(s) projeto(s), seus resultados e seus desafios. O que pode ser feito então para expandir projetos como este(s) junto ao(s) serviço(s) no(s) qual(is) você(s) se trata(m)?

3) Quais as atividades e/ou projetos de lazer, esporte e cultura que existem nos serviços de atenção psicossocial que você e seus companheiros frequentam? Você(s) conhece(m) algum Ponto de Cultura? Algum Centro de Convivência e Cultura? Depois de uma releitura da seção sobre o tema neste capítulo, discuta quais são os efeitos positivos de se participar neles. Que desafios e dificuldades vocês identificam nestes projetos? O que pode ser feito para superar tais problemas?

4) Como está a situação de direito ao transporte público para os usuários da atenção psicossocial? Procure pesquisar com seus companheiros quais foram as lutas e conquistas já efetivadas até agora neste campo na sua cidade. É preciso avançar nos direitos hoje existentes? Quais são as reivindicações que você(s) considera(m) prioritárias neste campo? O que você(s) pode(m) fazer para conquistá-las? Com os trabalhadores da atenção psicossocial podem colaborar nesta luta?



Tarefas (continuação):

5) Reúna seus companheiros usuários e familiares, e discutam a situação de cada um em termos do direito à moradia e à alimentação. Como os serviços de atenção psicossocial podem colaborar para melhorar a situação das pessoas mais necessitadas nestes dois campos? E finalmente, discutam como estes serviços vem garantindo ou não o direito à alimentação adequada para seus frequentadores, como requer a Portaria 336/GM, de 2002, do Ministério da Saúde, como indica a seção específica sobre o tema neste capítulo.

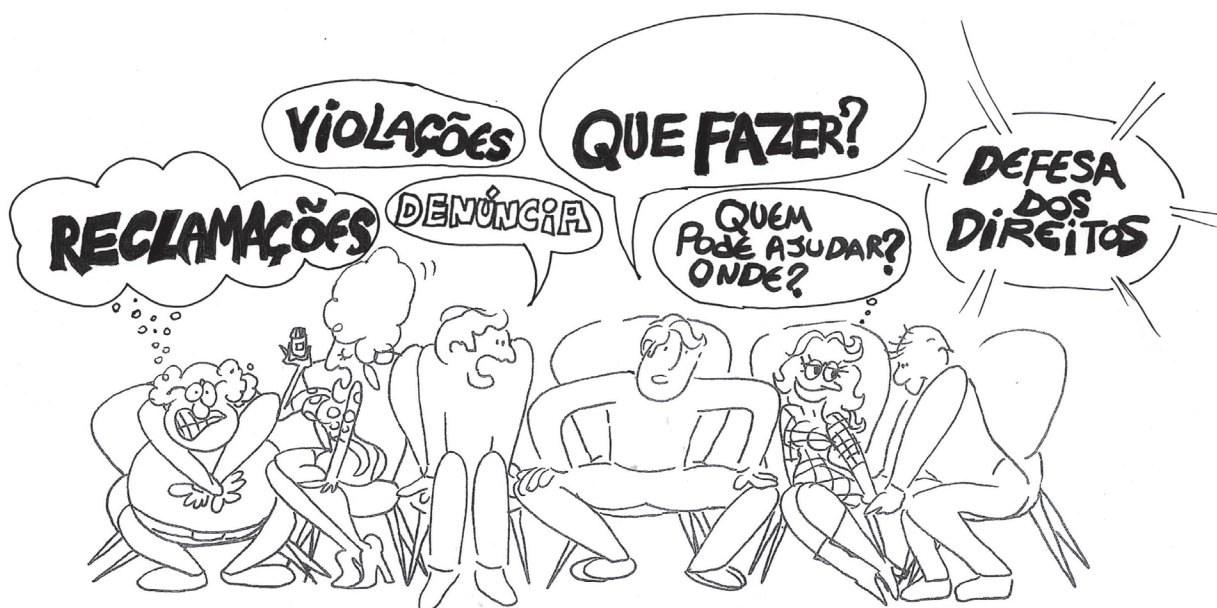
6) Agora, reúna novamente seus companheiros usuários e familiares, e tracem um perfil dos benefícios sociais descritos neste capítulo, que eles já conseguiram. Como foi ter acesso a eles? Quais foram as principais dificuldades encontradas? Existe algum companheiro que teria direito a um deles e ainda não o conquistou? Por que? O que os trabalhadores do(s) serviço(s) podem colaborar nessa conquista? E finalmente, discutam qual a importância de cada um desses direitos para as pessoas do grupo.

7) Escolham agora um serviço de atenção psicossocial em que a maioria de seus amigos usuários e familiares frequentem. Façam juntos agora um trabalho de pesquisa sobre a área de abrangência e de responsabilidade assistencial do serviço, tentando identificar quais serviços e instituições públicas e filantrópicas, bem como as oportunidades de educação, de assistência social, de cultura, lazer e esportes estão presentes neste território. Façam uma programação de pesquisa na Internet e, se for o caso, também de visitas a cada um destes locais e serviços, para ver que recursos e possibilidades eles oferecem para serem frequentados e utilizados pelos usuários e familiares do seu serviço.

8) Faça agora um rápida enquete entre seus colegas usuários e familiares: como tem sido a experiência de ser atendido nos serviços das demais políticas sociais na sua região ou município? Os trabalhadores destes serviços tem a sensibilidade e conhecem as particularidades e os direitos das pessoas com transtorno ou com necessidade decorrentes do uso de drogas? Alguém conhece algum caso de discriminação ou preconceito? O que pode ser feito pelos trabalhadores do seu serviço de atenção psicossocial para reduzir essas dificuldades e estabelecer um trabalho mais integrado e intersetorial?

CAPÍTULO 6

Como e onde lutar: os dispositivos e as estratégias de defesa dos direitos



1) Introdução

Neste manual, até agora, conhecemos e discutimos os vários direitos humanos e fundamentais da pessoa, os direitos e deveres dos usuários e familiares no campo da saúde e da atenção psicossocial, os direitos sociais universais e também os direitos sociais especiais das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas. No segundo capítulo deste manual, vimos também que o SUS e a Rede de Atenção Psicossocial, como várias outras políticas sociais brasileiras, incorporaram o princípio do controle social, pelo qual a participação dos usuários, com suas propostas, reivindicações e lutas por direitos, fazem parte integral dos princípios ético-políticos e da organização de todo o sistema.

- ✓ Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; [...] III - Combate a estigmas e preconceitos; [...] V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. (1)

(1) Portaria MS 3.088, de 2011, que estabelece os parâmetros para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Entretanto, como já indicamos antes, as conquistas colocadas nas leis e normas não são suficientes, pois vários destes direitos ainda não estão assegurados na prática. Sua garantia depende muito mais das lutas gerais da população brasileira, da classe trabalhadora, dos usuários e dos trabalhadores destas políticas sociais, em cada serviço, município, em cada estado e no país como um todo.

Assim, no campo da saúde e da atenção psicossocial, a concretização destes direitos depende muito da nossa luta diária como usuários do SUS e de seus familiares, junto com os demais aliados, como os trabalhadores e profissionais dos serviços e os demais movimentos sociais populares que lutam pela cidadania. No nosso campo específico temos: o movimento antimanicomial, que se sustenta mais na sociedade; o movimento de reforma psiquiátrica, que atua mais nos espaços institucionais, e as associações de usuários e familiares. E para essa luta, e junto com todos esses e demais movimentos sociais populares, é muito importante conhecer, discutir e divulgar os vários caminhos e dispositivos de luta pelos direitos que estão à disposição dos cidadãos, para fazer avançar essa luta.

Neste caminho, aos poucos, nós vamos percebendo que não basta apenas conhecer os direitos e reclamar de forma isolada, ou apenas usar um modo bem educado de encaminhar pedidos, sugestões e reclamações. É importante lembrar que no Brasil de hoje, muitos dos serviços de atenção psicossocial estão em situação precária, com equipe pequenas, sobrecarregadas, trabalhando com muito estresse. Neste contexto, pedidos extras, críticas e denúncias muitas vezes podem significar uma carga adicional difícil de ser assumida, e a tendência mais comum é delas serem ignoradas. É necessário saber também que existem mecanismos difusos de desqualificação e rotulação, e em serviços com pouco compromisso ético e político com o SUS e com a reforma psiquiátrica, as reclamações têm chance de serem vistas apenas como resultado de má vontade ou falta de paciência do usuário ou familiar, ou da própria crise, do "delírio", da "alucinação", de "piti" ou de "peripaque".

Portanto, nestes momentos, a tendência dominante é o desânimo, a descrença e a paralisia. Ou ainda o medo de reclamar, para evitar represálias por parte do serviço e dos profissionais, tentando preservar o pouco que já se tem. Neste capítulo, veremos que, ao contrário, temos muitos e variados caminhos de luta, para expressar nossa insatisfação e para encaminhar sugestões, críticas e até mesmo denúncias, com segurança.

É preciso, em primeiro lugar, ir conhecendo quais são nossos parceiros de confiança, e com eles, se comunicar, expor nossas vivências e propostas, conhecer e aprender com as experiências dos demais usuários e familiares, bem como os profissionais que se identificam com os usuários e familiares. Nessas conversas e discussões, vamos gradualmente conhecendo melhor as relações de poder e os melhores dispositivos disponíveis para expor nossas reclamações, protestos, denúncias, e para encaminhar reivindicações, propostas etc. Isso inclui também as melhores estratégias para usá-los na prática. Por exemplo, é sempre bom começar e esgotar primeiro aqueles canais mais simples e ao alcance de todos, para ir aos poucos chegando nos dispositivos mais complexos e trabalhosos.

Este capítulo não pretende de forma alguma esgotar estes temas, que são muito complexos, mas apenas ser *mais um dos pontos de partida desta caminhada*. Este processo depende muito das lutas, de quem as assume e das condições locais e regionais em cada serviço, município e estado brasileiro. Além disso, essa caminhada é uma tarefa dinâmica a ser assumida pelos núcleos dos nossos movimentos sociais populares, que devem ir aos poucos avançando, divulgando as experiências de luta e sistematizando este conhecimento.

Neste capítulo, vamos iniciar com aqueles dispositivos que estão ao alcance imediato dos usuários e familiares nos serviços de saúde e de atenção psicossocial, para depois ir ampliando para os dispositivos no plano do SUS e das demais instituições de política social, na esfera do poder executivo. Daí, iremos para as instituições políticas mais amplas, como os órgãos representativos do poder legislativo (câmaras de vereadores, assembleias legislativas, Congresso Federal, suas câmaras e comissões específicas) e do poder judiciário (Defensoria Pública, Ministério Público, juizados etc). E finalmente, inserimos também uma lista de telefone úteis para todos.

É importante lembrar ainda que, no próximo capítulo, apresentaremos um conjunto importante de recomendações e cuidados necessários para o encaminhamento de reclamações, pedidos, reivindicações e denúncias mais graves, e que devem ser lidas e discutidas antes de qualquer iniciativa deste tipo.

2) Os técnicos/profissionais de referência nos serviços de atenção psicossocial

Na maioria dos serviços da RAPS, os cuidados dependem do conjunto da equipe de profissionais e trabalhadores, mas a regra de uma boa atenção requer a indicação de um *técnico ou profissionais de referência* para cada usuário e seus familiares. Essa indicação deve respeitar na medida do possível a escolha do próprio usuário e as relações e os vínculos pessoais informais já criados espontaneamente nos serviços. Desta forma, o técnico/profissional de referência deve ser aquele trabalhador ou profissional que tem mais afinidade com seus usuários e familiares, que deverá estar mais disponível e ser responsável por uma comunicação mais próxima com eles, encaminhar seus pedidos e mediar e reavaliar de forma permanente o Projeto Terapêutico Singular com a equipe do serviço.



Assim, o primeiro canal dos usuários e familiares para falar de seus problemas, dificuldades, ou para fazer sugestões, é o técnico/profissional de referência. Assim, é um *direito*, mas também um *dever* de cada usuário e de seus familiares, o de reivindicar a escolha de um técnico/profissional de referência que lhes parece mais acolhedor, e buscar desenvolver uma boa relação pessoal e profissional com ele. Depois, aos poucos, é importante conhecer o seu perfil, suas qualidades e limitações, e o que ele é capaz de assumir bem no processo de tratamento e no serviço, e aquilo que deve ser encaminhado para as demais instâncias e dispositivos de luta pelos direitos.

3) As assembléias de usuários, familiares e profissionais nos serviços de atenção psicossocial

Cada serviço de atenção psicossocial se organiza e funciona conforme sua realidade local. No entanto, é recomendação geral a todos estes serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS), a realização de assembleias gerais semanais para conversar e discutir o cotidiano de cada serviço, e para tomar decisões que levem em consideração os

desejos e interesses de seus usuários e familiares. As assembleias são espaços dinâmicos para se reivindicar e fazer propostas para a melhoria da vida nos serviços. Este é um dos principais espaços nos serviços em que os usuários e familiares podem identificar suas necessidades comuns e poder construir de forma coletiva e democrática, com o máximo de consenso, as alternativas para encaminhar soluções para o que é colocado em discussão. Problemas tais como a falta de medicamentos, as formas de melhorar o atendimento no serviço, as atividades de lazer etc, devem ser levados à assembleia e ter encaminhamentos coletivos.

Além deste aspecto de encaminhamento de propostas e soluções, as assembleias constituem também um dispositivo fundamental de viver o debate e as decisões democráticas, de aprender a viver em grupo e ter experiências de participação social e mobilização para exercer a cidadania, e portanto, para se organizar e lutar pelos direitos dos usuários e familiares.



É importante reconhecer que às vezes vão aparecer problemas que não têm solução imediata ali, ao alcance dos participantes da assembleia, por que dependem do contexto mais geral e dos recursos colocados às disposição pela política de saúde, de saúde mental e de drogas do município, do estado e do país como um todo. No entanto, a forma de melhor lidar temporariamente com estas limitações, ou de compensá-las no plano local, podem ser discutidas e decididas ali.

Do ponto de vista institucional, as assembleias constituem um dispositivo com bom potencial de:

- estimular a democratização e humanização dos serviços;
- estimular o controle social pelos usuários e familiares, e o seu protagonismo e empoderamento;
- exercer alguma forma de mediar e contrabalançar o poder dos profissionais e da gestão das políticas sociais;
- tentar controlar a tendência à institucionalização excessiva e à burocratização das rotinas, que levam à perda de sensibilidade e ao endurecimento das práticas assistenciais nos serviços;
- abrir espaço para a discussão e encaminhamento dos direitos dos usuários e familiares.

No entanto, para que as assembleias possam ter o máximo desta potência, é muito importante que:

- que elas sejam concebidas como um dos mecanismos de controle social dos usuários e familiares, como exige a Portaria MS 3.088, de 2011, da RAPS;
- que elas existam efetiva e regularmente em cada um dos serviços da RAPS, se possível uma vez por semana;
- que os trabalhadores e particularmente a coordenação do serviço participem delas, discutindo, levando em conta e encaminhando as decisões ali tomadas;
- que a coordenação da assembleia seja o mais democrática possível, e para isso, que usuários e familiares sejam estimulados desde o início a experimentar a função, em rodízio, até o ponto que ela seja exclusivamente exercida por eles.

Se um serviço de atenção psicossocial não oferece o dispositivo da assembleia, os usuários e familiares podem sugerir aos trabalhadores e à coordenação visitar outro serviço muito bem escolhido para isso, para participar de sua assembleia, para mostrar que ela é possível e desejável para uma boa qualidade da atenção.

4) As estratégias de empoderamento dos usuários e familiares: os grupos de ajuda mútua, a defesa dos direitos e as narrativas pessoais de vida com o transtorno

Empoderamento e suas várias estratégias: o conceito e as abordagens originais de *empowerment* foram desenvolvidas em países de língua inglesa, significando o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (Vasconcelos, EM (coord) *Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental*. Rio de Janeiro/Brasília, ESS/UFRJ e Ministério da Saúde, 2013, pag 64). O conceito vem sendo usado também em vários movimentos sociais e políticas sociais, nas áreas de deficiência, doenças crônicas, relações de gênero e entre grupos étnicos, grupos femininos etc. Visa então ir superando gradualmente o silêncio e passividade gerada por tanto tempo de vivência de várias formas de opressão e discriminação, buscando desenvolver nas pessoas e grupos a auto-estima e protagonismo, para poder lutar na defesa de seus interesses e por seus direitos. No campo da saúde mental e da atenção psicossocial, as principais estratégias de empoderamento são: o cuidado de si, os grupos de ajuda e suporte mútuos, a defesa dos direitos (*advocacy*), a transformação do estigma e dependência na relação com as pessoas com transtorno e uso problemático de drogas, a participação nos conselhos de controle social e as narrativas pessoais de vida com o transtorno ou com as drogas. Embora todas estas estratégias sejam importantes, esta seção vai discutir apenas três delas, por que as demais já são também consideradas nas outras estratégias indicadas neste capítulo.

4.1) Empoderamento e os grupos de ajuda mútua

Os grupos de ajuda mútua constituem a base principal das estratégias de empoderamento. Este tipo de prática grupal é conhecida a partir da tradição dos Alcoólicos Anônimos (AA) e similares (chamada de grupos dos 12 passos), e constituem *grupos de troca de vivências, de ajuda emocional e discussão das diferentes estratégias de lidar com os*

problemas comuns. Esta tradição, apesar de seus numerosos aspectos fortemente positivos, apresenta algumas limitações, que os movimentos internacionais de usuários e familiares foram identificando e criticando, gerando metodologias mais amplas de ajuda mútua. Além dos grupos presenciais, as estratégias de ajuda mútua estão presentes hoje também na Internet, nas páginas de organizações não governamentais, páginas ou *blogs* pessoais, nos grupos de discussão e nas redes sociais.

Na visão dos usuários e familiares que participam dos grupos, eles são importantes, por que visam:

- a) o acolhimento e o apoio emocional dos companheiros de grupo, tanto quando se recebe como também se ajuda os outros;
- b) o exemplo concreto de companheiros em estágio mais avançado de recuperação, mostrando concretamente que é possível ter esperanças de uma vida melhor e mais ativa, com auto-estima, empoderamento e autonomia crescente;
- c) a oportunidade de fazer novos amigos e companheiros na caminhada de vida, dentro e fora do grupo, quebrando a tendência ao isolamento e recriando a rede de apoio social;
- d) a troca de informações e experiências em como lidar com os muitos desafios da vida com o transtorno, tais como os sintomas difíceis, a medicação, seus efeitos colaterais, os problemas do tratamento e dos serviços de saúde mental, e os problemas de relacionamento com a família e amigos, etc;
- e) a busca comum, a partir do grupo, de estratégias de suporte social, ou seja, para a realização conjunta de atividades de lazer, de esporte, de cultura, de sociabilidade, ou mesmo para enfrentamento gradual de questões mais difíceis, como trabalho, moradia, assistência social e de saúde, etc, na direção de explorar as oportunidades no próprio território e na cidade;
- f) a busca, a partir do grupo, e aos poucos, de estratégias para se lutar contra a discriminação à pessoa com transtorno mental, bem como a defesa dos direitos dos participantes do grupo e dos demais usuários de serviços de saúde mental e seus familiares, na comunidade, nos serviços de saúde mental, na sociedade e na vida política do país;
- g) a característica dos grupos como gratuitos, sem custo, com participação voluntária, buscando o anonimato e o sigilo em relação ao nome das pessoas e a seus depoimentos fora do ambiente do grupo.



No Brasil, a metodologia de grupos de ajuda mútua já está consolidada e sistematizada, a partir da avaliação de projetos piloto de vários anos, e já está disponível (ver manual e cartilha indicada na caixa de textos sobre o conceito) para os interessados, e vem sendo implementada gradualmente em várias cidades do país. Os grupos são separados para usuários e familiares, e constituem o único dispositivo de empoderamento separado entre eles. Isso possibilita que cada segmento possa entrar sem defesas em suas questões específicas mais sensíveis, o que é fundamental principalmente para os familiares. Todos os grupos são facilitados em duplas, e os facilitadores recebem bolsa de trabalho para isso. O dispositivo pode ser organizado a partir dos serviços específicos de saúde mental, ou da rede de atenção básica de saúde, ou dentro das atividades de associações de usuários, familiares e amigos.

4.2) Empoderamento e suas diferentes estratégias informais e formais de defesa dos direitos (advocacy)

Os grupos de ajuda mútua e os demais dispositivos de empoderamento constituem também uma base importante para se estimular estratégias diferenciadas de *defesa dos direitos* em vários níveis, desde aquelas informais, até aquelas mais complexas e de natureza profissional. As informais podem se diferenciar em:

– *auto-defesa*, quando se discute previamente nos grupos o que fazer, capacitando o usuário ou familiar para defender seus direitos por si próprio;

– *entre pares*, quando companheiros usuários e/ou familiares são convidados a estar juntos e ajudar nas situações concretas de um deles, como por exemplo ir junto conseguir um benefício ou a resolver problemas na vizinhança ou comunidade.



Por sua vez, os grupos, as associações e o movimento antimanicomial podem, em estágios mais avançados de organização, desenvolver iniciativas mais complexas de defesa de direitos formal e profissionalizadas, tais como:

– *serviços com profissionais de saúde mental e advogados*, para defender os direitos civis, políticos e sociais dos usuários e familiares, através da justiça e/ou de intervenção em agências governamentais. Este tipo específico de projeto será discutido com mais detalhes abaixo;

– elaboração de *cartas de direitos e normas de serviços*, bem como a proposição de *peças legislativas municipais, estaduais e federais*, que busquem consagrar os direitos dos usuários e familiares em todas as esferas do sistema de saúde, da atenção psicossocial e da sociedade.

4.3) Empoderamento e as narrativas pessoais de vida com o transtorno ou com as drogas

Outra importante estratégia de empoderamento, e que vem tendo cada vez mais impacto na defesa dos interesses e direitos de usuários e familiares, são as **narrativas pessoais de vida com o transtorno ou com as drogas**. Trata-se de incentivar que usuários de serviços e seus familiares, e particularmente aqueles que se encontram em um estágio mais avançado de recuperação, escrevam ou gravem depoimentos em primeira pessoa, contando a sua história pessoal de crise, das dificuldades durante o processo de tratamento e das estratégias de recuperação.

Duas narrativas pessoais importantes para a luta pelos direitos dos usuários e familiares no

Brasil: As narrativas pessoais de vida com o transtorno ou com as drogas podem ter um impacto importante na cultura e, às vezes, também diretamente na luta pelos ideais da reforma psiquiátrica e pelos direitos dos usuários e familiares. Um primeiro exemplo são duas obras, normalmente publicadas juntas, do importante escritor brasileiro Lima Barreto (1881-1922): *Diário de um hospício*, e *O cemitério dos vivos*. Ambas relatam sua experiência de internamento no Hospício da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, por volta de 1920, devido a um transtorno mental e problemas relacionados ao alcoolismo. Além do reconhecido valor literário, sua obra é considerada uma denúncia da realidade de exclusão vivida na época pelos mulatos pobres no país e da opressão vigente dentro dos hospícios, único dispositivo de tratamento existente naquele contexto. O segundo exemplo é o livro *Canto dos malditos*, de 1990, do escritor e militante da luta antimanicomial curitibano Austregésilo Carrano (1957-2008), que ainda como jovem secundarista, foi internado em hospitais psiquiátricos pela família, quando descobriram que fazia uso de maconha. Sua narrativa faz inúmeras denúncias da realidade opressiva dos hospícios brasileiros. Foi transformada em filme, intitulado *Bicho de sete cabeças*, dirigido por Laís Bodanzky e com roteiro de Luiz Bolognesi, e lançado em 2000, exatamente no contexto do final da discussão sobre a Lei 10.216, da reforma psiquiátrica. O filme teve um enorme impacto na cultura brasileira, recebendo vários prêmios e indicações, como por exemplo o Prêmio Qualidade Brasil, o Grande Prêmio Cinema Brasil e o Troféu APCA de Melhor Filme, além de ser o filme mais premiado do Festival de Brasília e do Festival de Recife. Assim, influenciou diretamente o debate no Congresso Brasileiro, colaborando para manter as conquistas e apressar a sua aprovação, em abril de 2001.

As narrativas representam uma maneira muito sensível de integrar as experiências de uma pessoa, de expressar esta vivência a partir da perspectiva pessoal, social e política dos usuários. Portanto, constituem uma importante ferramenta ao mesmo tempo existencial e política do movimento de usuários e familiares, tendo em vista constituir:

- a) uma forma de se apropriar das experiências catastróficas de vida, principalmente associadas às fases mais agudas do transtorno ou do uso problemático de drogas, e dar um novo sentido a elas em um conjunto mais compreensível de eventos, sentimentos e sensações integrados em um todo, resultando em “dar de volta a si mesmo algo que tinha sido perdido”;
- b) uma forma de aceitar o transtorno ou o uso disfuncional de drogas mais integralmente, tanto por parte do usuário como dos familiares, como uma experiência radical e difícil, mas que constitui parte integral das possibilidades da vida humana;
- c) uma oportunidade de usuários e familiares terem contato entre si e aprender individual e coletivamente, a partir da vivência daqueles que têm mais experiência no processo de recuperação, com um grande potencial de uso nos grupos e dispositivos de ajuda e suporte mútuos, bem como de defesa dos direitos;



- d) uma afirmação da experiência subjetiva humana e de seu papel como sujeito, em detrimento da autoridade e do discurso de profissionais e especialistas, e contra a impessoalidade e padronização de sistemas de assistência centrados nas prioridades de eficiência, economia ou até mesmo de segregação e negligência, particularmente no atual contexto de crise e desinvestimento nas políticas sociais;
- e) uma estratégia de mostrar como as representações sociais, culturais e institucionais modelam a experiência de estar em sofrimento, ajudando a se conhecer e denunciar os conflitos e as estruturas de poder e as culturas institucionais de assistência. As narrativas também possibilitam desafiar as visões dominantes de tratamento/assistência e os padrões aceitos de comportamento, marcados pela polarização entre passividade (por parte do chamados “pacientes” e familiares) e atividade (pelos “profissionais”), bem como apontando direções para as mudanças possíveis neste campo;
- d) uma voz sensível, autêntica e instrumento de mudança social, cultural e institucional na sociedade civil difusa, principalmente tendo em vista seu potencial de defender e conquistar direitos e de lutar contra o estigma;
- e) uma forma de texto com enorme potencial literário, que além de seu próprio conteúdo, pode alcançar níveis elevados de elaboração artística, podendo ser inclusive publicados em papel e na Internet, o que também implica em valorização de seus autores e maior difusão de suas ideias.

5) A Internet e as redes sociais

A comunicação é uma das estratégias mais importante para a defesa dos direitos em qualquer campo das atividades humanas, e assim, também para os usuários e familiares da atenção psicossocial. Hoje, um dos recursos mais ágeis de se divulgar ideias e lutas na base da sociedade e para ter força para pressionar as instituições é, sem dúvida alguma, a utilização da Internet. A Internet é um sistema universal que interliga as redes no mundo todo. Sua conexão pode ser por computadores, telefones celulares, *tablets*, entre outros. Ela possibilita ter acesso a um vasto campo de diferentes fontes de informação, permite realizar pesquisas sobre temas gerais e específicos, aproxima as pessoas que se identificam nas situações e experiências comuns, estimula a troca de experiências e, principalmente, integra e mobiliza as pessoas que lutam pela Reforma Psiquiátrica.

A utilização da Internet pelos usuários e familiares da saúde mental do Brasil tem se dado desde os primeiros anos da década de 2000. Esse uso possibilita estreitar laços pessoais, diminuir distâncias, trocar informações otimizar decisões coletivas e organizar encontros.

No entanto, na rede pública de saúde mental e atenção psicossocial, a maioria absoluta dos usuários e familiares não sabem utilizar o computador e a Internet, e/ou têm dificuldades para acessá-los. Uma das principais formas de estimular essas habilidades é montar *oficinas e cursos rápidos de informática* nos próprios serviços de atenção psicossocial, ou garantir o acesso dos usuários e familiares a estes cursos na comunidade próxima, como por exemplo nas chamadas *lan houses*.

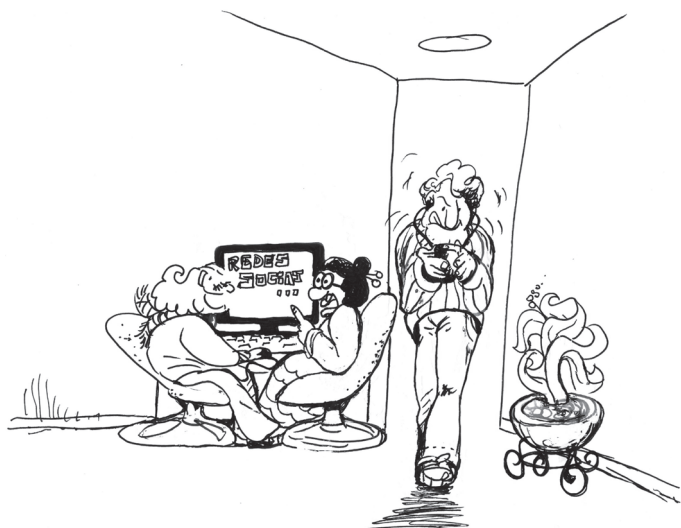
No Brasil atual, uma das formas mais coerentes com as lutas democráticas e populares de fazer isso, é entrar em contato com o *Comitê para a Democratização da Informática*, que está presente em quase todo o país. O CDI é uma ONG que luta pela inclusão digital, ou seja, para possibilitar que os setores mais oprimidos da população possam ter acesso aos recursos da informática. Eles realizam parcerias com organizações de base popular respeitadas em seu local de atuação, criando espaços não-formais de ensino, chamados CDIs Comunidade. Esses espaços são centros de aprendizagem de informática, que oferecem cursos básicos e avançados, e funcionam, também, com uma oferta de serviços para a população local e seu entorno, sempre em benefício da própria comunidade. Segundo o próprio CDI, estes espaços “estimulam o exercício da cidadania, o desenvolvimento comunitário, a formação de redes sociais e a troca de experiências, propiciando oportunidades de geração de trabalho e renda, ações empreendedoras e projetos sociais com base no uso ético, criativo e responsável da tecnologia. São locais abertos de convivência saudável, de descoberta de potencialidades pessoais e comunitárias, de inovação, dinâmica e democraticamente para todos”. Estas e outras informações, inclusive a forma de entrar em contato com eles, estão disponíveis no sítio da ONG [*1]. Várias redes locais de atenção psicossocial no Brasil já realizaram parcerias muito bem sucedidas com o CDI, e nelas, os monitores geralmente são os próprios usuários de serviços, que foram capacitados e empoderados para exercer a função.

No Brasil, uma das formas já consolidadas e de uso da Internet para a troca de informações e lutas no campo da reforma psiquiátrica são os *grupos de discussão* via correio eletrônico. Provavelmente a experiência mais bem sucedida deste tipo tenha sido o grupo chamado “*Em defesa da reforma psiquiátrica*”, proposto pela área técnica de saúde mental, álcool e drogas do Ministério da Saúde, contando com mais de mil membros, entre os quais usuários, familiares, trabalhadores e estudantes, e militantes da luta antimanicomial. A pessoa interessada em participar pede a um dos membros para ser apresentado à coordenação do grupo, e assim ela é incluída na lista e passa a receber todas as mensagens do conjunto dos participantes, bem como pode postar as suas. No grupo se comenta e discute experiências, os conflitos, as reclamações e denúncias, bem como se faz as articulações necessárias para uma ação conjunta.

Além dos grupos de discussão, existem outros dispositivos na Internet que são utilizados no campo da atenção psicossocial e da luta antimanicomial, como:

[*1] <http://www.cdi.org.br/>

- a) *o Skype*: constitui um programa que permite se comunicar com uma pessoa ou com um grupo de pessoas simultaneamente, por meio de telefone, computadores ou telefone celular, inclusive se compartilhando a imagem de cada uma, em tempo real. É ideal para se comunicar à distância com familiares, amigos e colegas de lutas, para fazer reuniões e vídeo conferências, para se discutir e escrever textos, trabalhos em grupo etc, sem custo.
- b) *os sítios de entidades e ONGs*: qualquer entidade ou associação pode criar um sítio na Internet, em que divulga suas ideias, informações, denúncias, imagens, pequenos vídeos, e cria formas interativas de contatos e mensagens com as pessoas interessadas. Os sítios podem criar *links* e seções internas para outros textos e seções temáticas, indicar outros sítios e contatos interessantes, bem como vídeos disponíveis na rede (como no conhecido site do *You Tube*), etc. Há sítios na Internet que ajudam a montar e manter estes sítios, a custos quase simbólicos.
- c) *os blogs pessoais e institucionais*: constituem sítios mais pessoais e mais ágeis, mas também as entidades, instituições e jornalistas estão os utilizando cada vez mais. No campo da atenção psicossocial, muitos usuários e familiares possuem seus blogs pessoais, trocando informações sobre os desafios e as experiências pessoais, fotos, vídeos, música etc. O blog permite que os leitores postem seus próprios comentários sobre partes específicas de texto ou imagem, por meio de *links* que ficam acessíveis para leitura ou comentários dos demais usuários, criando uma forma muito interativa de comunicação. Da mesma forma, há vários sítios na Internet que ajudam a criar e hospedar os blogs.



- d) *as redes sociais, particularmente via o Facebook*: as redes sociais constituem dispositivos na Internet que conectam pessoas cadastradas, que passam a postar informações pessoais, textos, imagens, vídeos, e que escolhem as demais pessoas com as quais querem compartilhar e receber seus dados. Isso se dá de forma democrática, horizontal, descentralizada e sem hierarquias, e também muito dinâmica, podendo se articular e se desfazer rapidamente. Com os telefones celulares, a troca passou a ser instantânea, em todos os locais, em tempo real. No início, as redes sociais eram quase exclusivamente pessoais, mas passaram a ser também utilizadas pelos ativistas e movimentos sociais para trocar informações e imagens, fazer campanhas, mobilizar para ações e manifestações etc. Em muitos países, as mobilizações políticas hoje dependem cada vez menos das entidades tradicionais, por que a articulação é feita por meio das redes sociais. Em paralelo, elas passaram também a ter objetivos profissionais e comerciais. No Brasil, em 2014, a maior rede social é sem dúvida alguma o *Facebook*.

A melhor forma de localizar e entrar em contato com estes vários dispositivos da Internet é usar o dispositivo de procura do *Google*, usando palavras chaves tais como: saúde mental, blog saúde mental, reforma psiquiátrica, luta antimanicomial, transtorno mental etc. Para o *Facebook*, é preciso primeiro se cadastrar nesta rede, e então procurar pelo nome de pessoas conhecidas ou por palavras chaves.

Quanto aos sítios das agências governamentais que atuam no campo, o caminho é procurar os sítios oficiais da área da saúde na Internet, ou seja, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde, e dentro deles, procurar pela área de saúde mental e drogas. No caso do Ministério da Saúde, se deve buscar o portal geral [*2], e daí se busca a seção "Saúde para Você", e então em "saúde mental".

6) A mídia convencional: imprensa, rádios e televisão

Todos nós temos algum contato cotidiano com o rádio, a televisão, e com jornais e revistas. Se conversarmos com nossos companheiros usuários e familiares e fizermos uma pesquisa, mesmo que informal, certamente vamos identificar órgãos de comunicação, programas, ou mesmo pessoas, tais como jornalistas, animadores, colunistas etc, que têm simpatia com os temas e lutas da saúde mental e da atenção psicossocial. Alguns inclusive assumem uma postura mais sensível e comprometida com as lutas do campo, às vezes por que teve contatos anteriores com os temas na formação e na vida profissional, ou simplesmente por que também têm na família pessoas que apresentam os mesmos problemas. Quando procurados sobre uma denúncia, campanha ou luta, podem assumir o compromisso de divulgar, comentar, realizar entrevistas com pessoas que sofreram violações ou com autoridades responsáveis, etc.

Assim, cabe às lideranças de usuários e familiares, às associações do campo, e do movimento antimanicomial, fazerem este mapeamento da mídia, para localizar os possíveis aliados ou pelo menos, divulgadores de nossas denúncias, lutas e reivindicações. Quando chegamos a criar uma organização mais formal e complexa, é muito importante criar o cargo ou mesmo um grupo de trabalho de "assessoria de comunicação", que realizará esta função de forma mais sistemática e contínua. Neste caso, todas as atividades do movimento deverão ser acompanhadas por um trabalho de divulgar imagens e notícias formais, por escrito, diretamente para estes contatos da mídia já previamente selecionados.

7) As associações de usuários, familiares e amigos

As associações de usuários, familiares e amigos da atenção psicossocial são coletivos compostos por usuários, familiares, profissionais e demais pessoas que se identificam por seus interesses comuns, trocam informações e experiências, lutam para superar suas dificuldades e por seus direitos, e desenvolvem ações e projetos que visem a concretização desses interesses. Podem ser informais, mas também podem ser formalizadas, com estatuto próprio e registro em cartório, como todas as demais associações civis sem fins lucrativos. Assim, passam a ter reconhecimento jurídico, que permite receber verbas, administrar projetos e ter ação pública na sociedade.

Uma associação deve promover o conhecimento sobre direitos e deveres, promovendo discussões, acolhendo, encaminhando e resolvendo as demandas cotidianas relacionadas ao contexto dentro dos serviços. Além disso, a associação é uma forma de organização civil e política e representativa de seus associados, para atuar também fora dos serviços, podendo estar presente nos movimentos sociais, nos eventos públicos e culturais, nas instâncias de participação

[*2] <http://portalsaude.saude.gov.br/>

social e decisão do SUS, nos meios de comunicação e nas demais entidades de deliberação na sociedade, como as Câmaras de Vereadores e Assembleias Legislativas. Assim, os interesses, os pontos de vista e as denúncias dos usuários e familiares vão aos poucos conquistando cada vez mais espaço e reconhecimento na comunidade local, nos conselhos de controle social e junto à gestão dos SUS e a opinião pública mais ampla. Portanto, as associações têm um papel importantíssimo no processo de democratizar as informações e o conhecimento sobre os direitos dos usuários e familiares, bem como no encaminhamento concreto das lutas para conquistá-los. A participação é sempre opcional e livre, mas deveria ser entendida como um dever de todos os usuários e familiares, à medida em que se tornam mais conscientes de seus direitos e deveres, objetivo central deste manual, e é claro, dentro das possibilidades reais de dedicação de cada um.



Para se formar uma associação, é sempre bom procurar conhecer a experiência de quem já criou ou participa há mais tempo de associações semelhantes. Para isso, se pode convidar algumas de suas lideranças para visitar e falar desta experiência. É importante conhecer os objetivos, as formas de participação, como são tomadas as decisões, as lutas realizadas, etc. É recomendável ficar um tempo sem estatuto e registro em cartório, mas à medida que a participação se consolida, pode ser interessante se discutir um estatuto, a partir da avaliação dos regulamentos de outras associações, e depois, efetuar o registro. É fundamental evitar que as decisões fiquem nas mãos do presidente ou de poucas pessoas, garantindo que todas as decisões sejam discutidas e as responsabilidades sejam compartilhadas entre todos.

Outra preocupação importante é a base financeira para poder atuar. Algumas associações cobram pequenas mensalidades de seus sócios que podem fazê-lo, ou desenvolvem projetos de trabalho e atividades culturais, cuja renda é destinada parcialmente a um fundo para sustentar o trabalho da associação. É fundamental que o controle destes recursos seja transparente e acessível a todos os participantes.

O perfil típico das associações no campo da atenção psicossocial no Brasil: Existem poucas pesquisas sobre os vários tipos, o número de associações e o perfil das associações no campo da atenção psicossocial no Brasil. Um estudo publicado em 2008 mostrou que, excluindo os dispositivos do movimento antimanicomial e as organizações mais antigas e tradicionais como os Alcoólicos Anônimos (AA) e o Centro de Valorização da Vida (CVV), temos o seguinte "*perfil típico e mais freqüente de dispositivo associativo no Brasil*: associação mista (usuários, familiares, e técnicos), fundada depois de 1992, criada a partir de e ligada a um CAPS, com um funcionamento central baseado em plantão ou atendimento regular por técnico do CAPS e membro da associação, com uma reunião quinzenal ou mensal, cobrando uma contribuição financeira quase simbólica (2 a 5 reais), apoiando a reforma psiquiátrica, expressando sua missão em termos da defesa dos direitos do usuário e familiar, e desenvolvendo pelo menos alguma oficina, projeto ou atividade de trabalho e geração de renda" (Vasconcelos, EM. Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas, in EM Vasconcelos (org) *Abordagens psicossociais*, vol II. São Paulo, Hucitec, 2008, pag 78).

8) O movimento antimanicomial

O movimento antimanicomial nasceu no Brasil em 1987, como uma nova organização mais autônoma que o movimento de reforma psiquiátrica, que já tinha se iniciado em 1978. Este último é composto mais de profissionais que atuam na gestão e nos serviços públicos de atenção psicossocial, enquanto o movimento antimanicomial aos poucos foi ganhando uma participação mais efetiva dos usuários e familiares. Também radicalizou seus objetivos, adotando a palavra de ordem "*Por uma sociedade sem manicômios*", visando questionar a existência do hospital psiquiátrico especializado como recurso válido de assistência. Para isso, adotou como inspiração a experiência ocorrida na Itália a partir de 1978, de substituição completa dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários no território. Além disso, busca ativamente o reconhecimento de suas reivindicações e novas alianças na sociedade mais ampla e particularmente junto aos outros movimentos sociais populares.



Particularmente na década de 1990, os núcleos de militância do movimento foram se formando nos serviços, em articulações municipais, regionais e estaduais em todo o Brasil, compostos principalmente por alguns ativistas profissionais, e várias lideranças de usuários e familiares. Vários encontros regionais e nacionais vêm sendo realizados desde então, e o movimento tem tido um papel político importante como a força social e política mais avançada e autônoma para reivindicar o avanço da reforma psiquiátrica no país. Atua também localmente na defesa dos interesses e dos direitos dos usuários e familiares, na organização de suas associações e projetos, bem com na luta contra o estigma e discriminação. Como o leitor deve ter notado, este manual é inteiramente inspirado na experiência, nos princípios e estratégias mais gerais do movimento antimanicomial, e seus autores são ativistas de longa data deste movimento.

A partir de 2001, em Miguel Pereira, no Estado do Rio de Janeiro, no último encontro nacional até então unificado, o movimento se dividiu em duas correntes principais (a *Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial [Renila]* e o *Movimento Nacional da Luta Antimanicomial [MNLA]*). Cada uma dessas tendências foram disseminando seus núcleos, grupos e fóruns pelo país, e têm realizado encontros nacionais e regionais de forma autônoma.

A presença mais visível e regular do movimento antimanicomial são os eventos públicos marcados em torno do dia nacional de lutas, no dia 18 de maio, na chamada Semana da Luta Antimanicomial, que serão descritos mais à frente. No resto do ano, há em cada núcleo as reuniões regulares, que discutem a organização do movimento, seus eventos, as denúncias de violações dos direitos e os encaminhamentos das lutas e reivindicações. O movimento tem muito mais autonomia política que as associações isoladas, para organizar eventos, fazer denúncias, formar frentes e fóruns sobre lutas específicas e para travar, quando for necessário, os devidos enfrentamentos com as autoridades responsáveis pela política de saúde, saúde mental, e demais políticas sociais.

Os usuários e familiares interessados em conhecer e participar do movimento devem buscar se informar sobre a existência de grupos ou núcleos em sua cidade ou região, bem como pesquisar os sítios e grupos de discussão na Internet em que lideranças ou núcleos do movimento exibem suas notícias e trocam experiências.

9) As campanhas públicas: manifestos, denúncias, moções, abaixo-assinados e petições

Uma das formas mais utilizadas de denunciar violações de direitos; decisões, programas e práticas arbitrárias e autoritárias; medidas de retrocesso nas políticas públicas, e/ou de fazer reivindicações, consiste em fazer campanhas, escrever manifestos e petições abertos e divulgados ao público, entidades e autoridades envolvidas com o tema. Este é um direito clássico de exercício da democracia, e que está completamente respaldado na Constituição Federal.

- ✓ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas: a) o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder.(2)

(2) Constituição Federal.

Dependendo do nível de mobilização e de enfrentamento desejado, é possível se optar por um manifesto ou petição com abaixo-assinado, que buscará o apoio explícito de pessoas, profissionais, intelectuais, entidades, pessoas de prestígio na sociedade, etc. Com os novos meios de comunicação digital e a Internet, hoje é possível mobilizar rapidamente o apoio não só de grupos sociais particulares para questões locais ou temas específicos, mas também, se desejado, o suporte de milhões de pessoas em muitos países, quando o assunto é de interesses geral. O nível de mobilização alcançado demonstra para as autoridades a insatisfação com a medida ou política denunciada, pressionando pela sua anulação, ou o interesse em torno de uma reivindicação ou medida desejada.

O texto da denúncia, petição ou manifesto deve ser muito bem redigido e revisado antes de sua divulgação, pelo máximo de pessoas interessadas e de forma o mais consensual possível, para evitar temas supérfluos ou formulações polêmicas que possam desmotivar pessoas ou entidades a apoiá-lo. Nos abaixo-assinados voltados para questões locais ou para públicos reduzidos, ou que apresentem alguma forma de dependência ou fragilidade, o nível de enfrentamento pode expor muito as pessoas que se quer mobilizar para apoio via assinatura pessoal. Assim, às vezes, pode ser o caso de buscar apoio apenas de entidades ou de pessoas externas que possam apoiar a causa. Outras vezes, pode se optar por um manifesto ou moção sem assinaturas que possam fragilizar tais pessoas. Este é o caso típico de usuários de serviços de atenção psicossocial e seus e familiares. Há ainda a possibilidade de um manifesto, denúncia, moção ou petição ser utilizado dentro de um congresso de atenção psicossocial, como forma de chamar a atenção ou mobilizar os presentes para um tema, fato ou reivindicação.



Quando se trata de mobilizar profissionais, estudantes, entidades e/ou pessoas da sociedade em geral, as denúncias, manifestos e petições geralmente são enviados por correio eletrônico para as listas de pessoas conhecidas, para os grupos de discussão, para os sítios ou blogs ligados ao tema, ou para as redes sociais, centralizando a coleta de assinaturas em uma pessoa via correio eletrônico, ou nos sítios de petições públicas na Internet.

Estes sítios na Internet facilitam enormemente o trabalho de divulgação e de coleta de assinaturas. A discussão e redação do texto merece todo o cuidado já indicado acima, e depois se pode colocar a petição ou manifesto em um destes sítios. No Brasil, temos o sítio do *Petição Pública Brasil* [*3], um serviço público que ajuda a formatar o texto e depois o disponibiliza com visibilidade em seu sítio. O próximo passo é divulgar o manifesto ou petição na sua lista de endereços ou nas redes sociais, indicando o sítio para a postagem de assinaturas. Para campanhas urgentes de interesse mais amplo, e/ou que necessitem de mobilização em âmbito internacional, sugerimos o *Avaaz* [*4], lançado em 2007, que já conta com uma rede de dezenas de milhões de sócios em cerca de 200 países, e que opera em 15 línguas diferentes. Portanto, o próprio *Avaaz* faz a mobilização internacional.

[*3] www.peticaopublica.com.br

[*4] www.avaaz.org

10) Manifestações e eventos públicos

Com a organização do movimento antimanicomial a partir de 1987, foi possível planejar e executar as diversas formas de manifestações e eventos públicos em defesa dos ideais e reivindicações da luta antimanicomial. Há três tipos mais característicos, que podem ocorrer de forma isolada ou combinada entre si:

a) Os eventos públicos mais gerais, sem um objetivo específico de luta, ou seja, sem uma reivindicação ou luta principal dirigida à(s) autoridade(s), visando mais divulgar e mostrar para a sociedade:

- as lutas e reivindicações mais amplas do movimento;
- os novos serviços de atenção psicossocial;
- os projetos e atividades artísticas, culturais e de trabalho dos usuários e familiares;
- a valorização dos usuários e familiares, de suas atividades e projetos, combatendo na prática as expressões de estigma e discriminação;
- e, às vezes, também denunciar as violações mais comuns dos direitos.

Os melhores exemplos destas manifestações são os eventos da Semana da Luta Antimanicomial, organizados todo ano em torno do 18 de maio, e as **paradas do orgulho louco**, como a que vem ocorrendo anualmente na cidade de Alegrete, no Rio Grande do Sul.



A Parada Gaúcha do Orgulho Louco, em Alegrete (RS): Nesta cidade do oeste do Rio Grande do Sul, com quase 80.000 habitantes, o núcleo do movimento antimanicomial local é muito ativo há cerca de duas décadas, tendo um forte papel na gestão municipal do SUS e na montagem de uma extensa, diversificada e participativa rede de atenção psicossocial. Desde 2011, o núcleo organiza todo ano, junto com o Fórum Gaúcho de Saúde Mental e com a rede dos municípios vizinhos, este evento alegre, colorido e festivo, uma longa parada que reúne cerca de 5.000 pessoas. Ao som de uma forte bateria de samba, cada serviço, associação, grupo e oficinas culturais de usuários e familiares, bem como cada entidade de apoio, mobilizam seus participantes com cartazes e faixas, e percorrem as ruas centrais da cidade, mostrando para toda a população da cidade suas atividades e sua habilidades artísticas, culturais e esportivas. O evento tem o objetivo central de dar visibilidade ao trabalho de atenção psicossocial realizado nos diversos serviços e grupos da região, mostrando o valor das pessoas e de seus familiares, e com isso, buscando reverter a discriminação e estigma em orgulho de se pertencer a grupos alegres e solidários. Em paralelo à preparação ao longo do ano e também nos dias próximos à parada, vários eventos (“paradinhas”) de debate e formação são realizados, incluindo visitantes, usuários, familiares, gestores, profissionais, estudantes, e ativistas do movimento antimanicomial.



Palco da 4ª Parada Gaúcha do Orgulho Louco, de 2014, na praça central de Alegrete (RS), no qual os grupos e lideranças de usuários, familiares e profissionais se apresentam, após a parada percorrer as principais ruas da cidade (foto cedida pelos organizadores).

b) Os eventos culturais, de lazer e esportes ligados aos serviços de atenção psicossocial ou ao movimento antimanicomial. Os principais tipos são:

- os blocos de carnaval;
- as exposições de artes pelos artistas usuários e familiares;
- as feiras de artesanato, produzidos pelos usuários e familiares;
- os torneios de esportes, geralmente entre times de usuários de serviços específicos.

c) As concentrações, marchas ou passeatas com objetivo(s) ou luta(s) específica(s) dirigidas também à sociedade em geral, mas principalmente à(s) autoridade(s), para denunciar violações sérias aos direitos dos usuários e familiares, ou decisões arbitrárias de gestores da política de saúde e saúde mental, e/ou para encaminhar reivindicações ou projetos de lei a autoridades específicas. Desde a emergência do movimento antimanicomial, há inúmeros exemplos destas manifestações nas várias cidades do país, como também em Brasília, visando agências do executivo federal, do Congresso Federal, ou do Judiciário. Em geral, todos os núcleos municipais ou estaduais do movimento antimanicomial podem contar alguma história de evento desta natureza.

Este terceiro tipo de evento constitui a forma mais direta e potente de lutar pelos direitos humanos e fundamentais, ou pelos direitos específicos no campo da atenção psicossocial. Por exemplo, durante os 11 anos de encaminhamento e discussão do projeto da atual lei psiquiátrica no Congresso Nacional, que se iniciou em 1989 e só foi aprovada em 2001, foram organizados vários eventos públicos de defesa dos ideais da reforma psiquiátrica. Estas manifestações eram marcadas particularmente para os dias de audiência pública, de discussão no plenário e principalmente de votação no Congresso, para mostrar aos deputados e senadores o forte interesse em torno das bandeiras da reforma psiquiátrica.

Podemos dizer que estes eventos foram importantíssimos para garantir que boa parte de nossas principais reivindicações fossem mantidas na lei, o que efetivamente aconteceu. Outra manifestação que hoje consideramos exemplar na história da reforma psiquiátrica brasileira foi a **Marcha dos Usuários a Brasília**, em setembro de 2009. No plano local, as manifestações têm sido muito importantes em cada município, por exemplo na luta pelo passe livre no transporte municipal, como indicamos na seção sobre direito ao transporte público, no quinto capítulo.

A Marcha dos Usuários a Brasília pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: ocorreu no dia 30 de setembro de 2009, organizada pela Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila), mas com o apoio de outras entidades, como o Conselho Federal de Psicologia, e de alguns núcleos do MNLA. Ela contou com a participação de cerca de 2.300 pessoas, dentre elas usuários e familiares de muitos estados do país. A marcha caminhou pela Esplanada dos Ministérios com faixas e cartazes, e levou as principais reivindicações do movimento a várias autoridades federais, por meio de documentos amplamente divulgados e de audiências marcadas previamente. A principal vitória da marcha foi conquistar a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, reivindicação que até então era objeto de muita resistência das agências federais do campo da saúde. A conferência foi realizada em junho de 2010, já no final do governo Lula, e foi muito importante para reafirmar os ideais da reforma psiquiátrica para o novo governo federal que iria assumir em 2011.

A realização de concentrações, marchas ou passeatas precisa ser muito bem planejada. Há vários cuidados a serem levados em conta, para evitar o insucesso, que normalmente tem efeitos muito negativos na organização e mobilização de um movimento social. Entre as principais recomendações, podemos citar:



- a) Estas manifestações, em tese, devem constituir um ponto culminante de um processo de reivindicações já levadas às autoridades, para forçar o seu reconhecimento e aceitação. Assim, deve ter objetivos e alvos políticos claros, que incluam inclusive serem recebidos em audiência previamente marcada, para se negociar a pauta de reivindicações. Há exceções a esta recomendação, por exemplo em contextos de elevada indignação e protestos por atos muito injustos de autoridades, ou de violência contra pessoas, como no caso de morte de pessoas pela polícia. Nestas conjunturas especiais, como aconteceu no país em junho de 2013, as manifestações ganham uma dinâmica muito espontânea e massiva. No entanto, a experiência de muitos anos tem mostrado que o público da atenção psicossocial tem características e fragilidades específicas, que precisam ser conhecidas e respeitadas, mesmo nestes momentos “mais quentes”.
- b) As alianças com outros movimentos sociais populares são fundamentais, para ampliar o foco e a mobilização quando isso for possível, além de ampliar a consciência social e política dos participantes.
- c) As manifestações devem ser muito bem organizadas, com uso de mecanismos de comunicação de massa, como as redes sociais e demais dispositivos de informação e mobilização nos serviços. Dada a fragilidade constitutiva e social dos usuários e familiares da atenção psicossocial do SUS, o trajeto deve ser autorizado previamente, evitando-se qualquer confronto com forças policiais. Os objetivos e palavras de ordem devem ser muito bem discutidas antes com os usuários e familiares, para se evitar o chamado *vanguardismo*, ou seja, a imposição de objetivos que as bases do movimento não estão ainda preparadas para assumi-las. Além disso, em caso de eventos mais longes ou mais longos, os recursos necessários para alimentação, transporte e, se for o caso, estadia, devem ser planejados com muito cuidado.

11) Os intelectuais comprometidos e a importância do trabalho cooperativo com eles

Na medida em que as lutas pelos direitos dos usuários e familiares vai avançando, e as atividades vão ficando cada vez mais complexas, inclusive com a formação de associações e o ativismo no movimento antimanicomial, torna-se fundamental identificar, se aproximar, conquistar e fazer alianças com intelectuais engajados. São profissionais, professores, pesquisadores e religiosos que têm como tarefa ou têm o gosto de ler, sistematizar ideias, dar aulas e palestras, formar pessoas ou novos profissionais e intelectuais, escrever artigos e livros, e que são muito importantes para os movimentos sociais populares e para seu ativismo político.

Quem mais chamou atenção deste tema foi o ativista e teórico político italiano Antonio Gramsci, no início do século XX. Ele propôs o conceito de **intelectuais orgânicos**, que significa aquelas pessoas da sociedade que estão *próximos e interagem regularmente* com uma parcela específica da sociedade (e daí o sentido da palavra orgânico) e que ajudam a sistematizar ideias e formar a sua consciência histórica, social e política. A atuação dos intelectuais orgânicos normalmente se dirige aos cidadãos comuns, de forma difusa, mas ganha mais importância se atuam junto aos grupos sociais que têm projetos de mudanças na sociedade. Esses intelectuais são fundamentais para ajudar na sistematização das ideias, propostas, reivindicações, como também na avaliação das melhores estratégias de conquistar estas mudanças.

No Brasil, muitos destes intelectuais já estão próximos ou atuam no movimento de reforma psiquiátrica e antimanicomial, mas neste vasto país há muitos que ainda nem mesmo conhecem nossos movimentos, e precisam ser atraídos e conquistados para a causa. São religiosos, profissionais e professores do campo da saúde e saúde mental, ou da atenção psicossocial mais ampla, ou de forma mais ampla, das ciências humanas e sociais em geral. Alguns deles, inclusive, podem ser atraídos até mesmo por motivos mais pessoais, como por exemplo, passar eles mesmos por uma crise existencial ou psíquica, ou ter alguém na família com problemas similares, e a partir disso, se interessarem mais pelo campo. Na história dos movimentos sociais populares, essa atração se dá por meio de conversas, de mostrar experiências concretas bem sucedidas, de participar de suas aulas ou palestras, ou ainda de convidá-los para eventos,

nos quais se estimula a também exporem sua visão. Isso é também uma forma de conhecer suas ideias sobre os valores e lutas do campo da atenção psicossocial, para avaliar a necessidade de aprofundar ainda mais o contato e formação na área, bem como para ter ideia da potencial colaboração possível, no futuro, com os movimentos sociais.

12) As ouvidorias das políticas e serviços públicos, e o direito de registrar sugestões, reclamações, denúncias e pedidos de informações sobre serviços em toda a administração pública

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 acolheu a democracia participativa e trouxe vários instrumentos jurídicos e políticos de exercício do direito à participação ativa dos cidadãos – individual ou coletivamente - na gestão pública. Isso pode ocorrer na administração direta (prefeituras e governos estaduais, e suas diversas secretarias de políticas específicas; governo federal e seus ministérios) ou indireta (INSS, Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Um desses instrumentos de participação popular é a Ouvidoria. As ouvidorias são setores da administração pública que recebem reclamações, denúncias, pedidos de informações, sugestões e elogios (chamados de *demandas*), enviados pela população sobre diferentes questões, como saúde, educação, assistência social, previdência social, segurança pública e transporte



As ouvidorias, além de receber, devem analisar e encaminhar as demandas ao setor ou órgão responsável, acompanhar o andamento e cobrar respostas e providências em relação às demandas enviadas pelas pessoas. Por isso, as Ouvidorias Públicas também são importante instrumento de proteção e defesa dos seus direitos humanos e fundamentais.

Cabe destacar que outros órgãos e instituições públicas e privadas como o Poder Legislativo, o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública, os bancos públicos e privados, e também as universidades públicas e privadas também devem possuir ouvidorias. Assim, da mesma forma que no Poder Executivo, elas recebem elogios, reclamações, pedidos de informações e denúncias relativas ao pessoal e às atividades desenvolvidas por cada um desses órgãos ou instituições.

Além das ouvidorias, todos os órgãos da administração federal, estadual e municipal, tanto do poder executivo quanto do legislativo e judiciário, da administração direta ou indireta, devem criar **o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC)**. Este direito foi regulamentado pela Lei de Acesso à Informação (LAI), de n.o 12.527, de 2011, que obriga as entidades públicas e também privadas sem fins lucrativos (e que recebam recursos públicos para a realização de ações de interesse público, diretamente do orçamento ou por meio de subvenções sociais) a fornecer todas as informações de interesse público às pessoas que encaminharem pedidos. Este dispositivo é recente, ainda pouco experimentado pelo público em geral, mas deve ser apropriado e exercitado pelos usuários, familiares e movimentos sociais do campo da atenção psicossocial.

✓ Art. 5º - XXXIII - Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

Art. 37 - A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: [...] § 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII; III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública.(2)

✓ Art. 5º É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão.

Art. 7º O acesso à informação de que trata esta Lei compreende, entre outros, os direitos de obter: I - orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada; II - informação contida em registros ou documentos, produzidos ou acumulados por seus órgãos ou entidades, recolhidos ou não a arquivos públicos; III - informação produzida ou custodiada por pessoa física ou entidade privada decorrente de qualquer vínculo com seus órgãos ou entidades, mesmo que esse vínculo já tenha cessado; [...]

Art. 8º É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas. [...]

Art. 9º O acesso a informações públicas será assegurado mediante: I - criação de serviço de informações ao cidadão, nos órgãos e entidades do poder público, em local com condições apropriadas para: a) atender e orientar o público quanto ao acesso a informações; b) informar sobre a tramitação de documentos nas suas respectivas unidades; c) protocolizar documentos e requerimentos de acesso a informações; e II - realização de audiências ou consultas públicas, incentivo à participação popular ou a outras formas de divulgação.(3)

(2) Constituição Federal

(3) Lei 12.527, de 2011, de Acesso à Informação, que regulamenta os Artigos 5º e 37º da Constituição Federal.

As ouvidoras da Administração Pública Federal e como entrar em contato: A Ouvidoria-Geral da União (OGU), ligada à Controladoria-Geral da União (CGU), exerce a supervisão técnica das unidades de ouvidoria do Poder Executivo Federal. Seu sítio na Internet lista em junho de 2014 cerca de quase 400 ouvidorias públicas federais registradas. O propósito da Ouvidoria-Geral, segundo ela própria, é:

- orientar a atuação das unidades de ouvidoria dos órgãos e entidades do Poder Executivo Federal;
- examinar manifestações referentes à prestação de serviços públicos;
- propor a adoção de medidas para a correção e a prevenção de falhas e omissões dos responsáveis pela inadequada prestação do serviço público;
- e contribuir com a disseminação das formas de participação popular no acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços públicos.

Para conhecer quais são e os meios de contato com todas as ouvidorias federais e algumas ouvidorias estaduais, basta buscar a lista divulgado no seguinte sítio na Internet:

<http://www.cgu.gov.br/Ouvidoria/RelacaoOuvidorias/>

13) Os conselhos de controle social do SUS e das demais políticas sociais

No capítulo 2, na seção sobre o controle social através dos conselhos, vimos que os usuários e familiares têm o direito à participação na orientação geral, nas decisões e na fiscalização do sistema de saúde por meio dos conselhos de saúde, mecanismo que chamamos de controle social. Estes conselhos devem existir em vários níveis do SUS e das demais políticas sociais: nos conselhos gestores dos serviços, nos conselhos distritais, municipais, estaduais e no Conselho Nacional de Saúde, este já no plano federal. Além disso, temos os encontros e as conferências, que se iniciam em cada município, depois nos estados, até as conferências nacionais, em que as diretrizes mais gerais da política são traçadas para os próximos anos. Os leitores interessados em maiores detalhes do funcionamento do controle social, e em como fazer contato com os conselhos e conselheiros, devem voltar a esta seção do capítulo 2.



14) As coordenações de saúde mental, álcool e drogas nos governos municipais, estaduais e federal

No Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais e municipais de saúde, existem as coordenações de saúde mental, responsáveis pela gestão de toda a RAPS em cada âmbito territorial. Tanto o movimento de reforma psiquiátrica quanto o movimento antimanicomial assumiram a estratégia histórica de buscar ter suas lideranças ocupando esses cargos e suas equipes, independente da orientação política do respectivo governo ou secretaria. O objetivo é tentar garantir que a política de saúde mental e seus serviços sejam implementados de acordo com os ideais da reforma psiquiátrica, ou pelo menos, quando a conjuntura é muito desfavorável, para resistir e evitar ao máximo que não haja retrocessos mais significativos ou violações dos direitos. Contudo, há alguns casos em que o espaço de atuação é tão reduzido, que essa estratégia deve ser evitada.

De qualquer forma, as lideranças de usuários, familiares e de profissionais, e particularmente do movimento antimanicomial, devem buscar conhecer os responsáveis por estas coordenações e suas equipes, e monitorar seu trabalho. No caso de haver profissionais e gestores identificados com a reforma psiquiátrica, é fundamental ter seus contatos, para informá-los dos problemas da rede de atenção psicossocial e das eventuais violações dos direitos, e para discutir as alternativas de ação. No caso de gestores que não assumem os ideais da reforma, o monitoramento deve ser realizado por caminhos mais variados, com a preocupação de obter ou cobrar informações, de avaliar os possíveis riscos, e em caso mais graves, de fazer denúncias o mais fundamentadas possível.

Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental: Com as denúncias de violação dos direitos humanos, como torturas e mortes de pacientes psiquiátricos, este núcleo foi instituído em 2006 no Brasil, vinculado à Coordenação Geral de Saúde Mental e Combate à Tortura da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Vem atuando intensamente no combate a essas práticas, como em 2011, quando participou da apuração das denúncias de violações aos Direitos Humanos na rede manicomial de Sorocaba (SP). Foram realizadas visitas aos hospitais psiquiátricos da cidade, para fazer perícias sob a ótica dos Direitos Humanos e produzir relatórios. Como desdobramentos, ocorreram reuniões com autoridades federais, estaduais e locais, para se discutir como interromper estas violações, substituir as instituições asilares existentes e implementar na região políticas mais humanizadas na área de saúde mental.

15) A ferramenta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de avaliação dos Direitos à Qualidade (*Quality Rights*) nos serviços de atenção psicossocial

Devido a sua importância, já citamos várias vezes neste manual a *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências*, da Organização das Nações Unidas (ONU), de 2007, que foi promulgada pela Presidência da República no Decreto 6.949, de 25/08/2009, elevando portanto o seu conteúdo ao valor de norma constitucional em nosso país. Esta convenção amplia o conceito de deficiência, abrangendo várias modalidades, como a categoria de *disabilidade ou incapacidade psicossocial*, visando incluir as pessoas com transtorno mental nos direitos ali reconhecidos.

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS), um órgão da ONU para o campo da saúde pública, compreendeu o enorme valor desta convenção como um dispositivo importante de luta pelos direitos humanos e fundamentais da pessoa, bem como dos direitos sociais, para os usuários de serviços de atenção psicossocial. Assim,

desenvolveu uma ferramenta padronizada de avaliação de serviços baseada nos critérios da convenção [*5], para ser utilizado por usuários, familiares, profissionais, pesquisadores e ONGs, que permite identificar as características negativas dos serviços, particularmente aquelas que podem gerar violações nos direitos dos usuários e familiares. A esta ferramenta deram o nome de *Quality Rights*, que podemos traduzir livremente como **Direitos à Qualidade**, e foi testada em projetos piloto nos vários tipos de países, inclusive aqueles de renda mais baixa. Utiliza-se de recursos de análise de documentos, observação de ambientes e das relações humanas dentro dos serviços, bem como de entrevistas com as pessoas neles envolvidas. Pode ser aplicada para avaliar serviços individuais, conjuntos de serviços, ou toda a rede de atenção no país como um todo.

No Brasil, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, está planejando a implementação desta ferramenta nas principais cidades do país, a partir de 2015.

16) O Terceiro Setor e as organizações não governamentais (ONGs)

Embora não haja consenso nesta definição, o chamado Terceiro Setor é entendido como composto por entidades sem fins lucrativos, não estatais, constituídas legalmente e auto-administradas, e que de alguma forma visam o bem comum, atuando na esfera pública, e portanto, não buscam apenas os interesses imediatos de seus filiados diretos. Em geral, elas se classificam como associações ou fundações, e muitas vezes são chamadas de organizações não governamentais (ONGs), e desenvolvem projetos no campo social, cultural, educacional, esportivo, ambiental, direitos humanos, etc. Para se ter uma ideia de como formar uma ONG, é possível buscar na Internet o sítio Terceiro Setor On Line [*6], que fornece informações gerais sobre o Terceiro Setor e as ONGs.

No Brasil e no mundo, há várias ONGs que trabalham no campo dos direitos humanos, e que oferecem variadas formas de suporte para as pessoas que sofreram violações, para a realização de denúncias e campanhas etc. No Brasil, um dos melhores exemplos neste campo são as várias entidades com o nome Tortura Nunca Mais, que existem em várias capitais do Brasil. O Grupo Tortura Nunca Mais do Rio de Janeiro [*7], fundado em 1985, tornou-se uma referência nacional e internacional neste tipo de atuação, e apresenta em seu sítio na Internet, em uma seção denominada "Nossos parceiros", uma ampla lista sempre atualizada de outras entidades e ONGs confiáveis e combativas que atuam neste campo. Assim, os interessados em buscar suporte neste tipo de ONGs podem iniciar sua busca neste sítio.

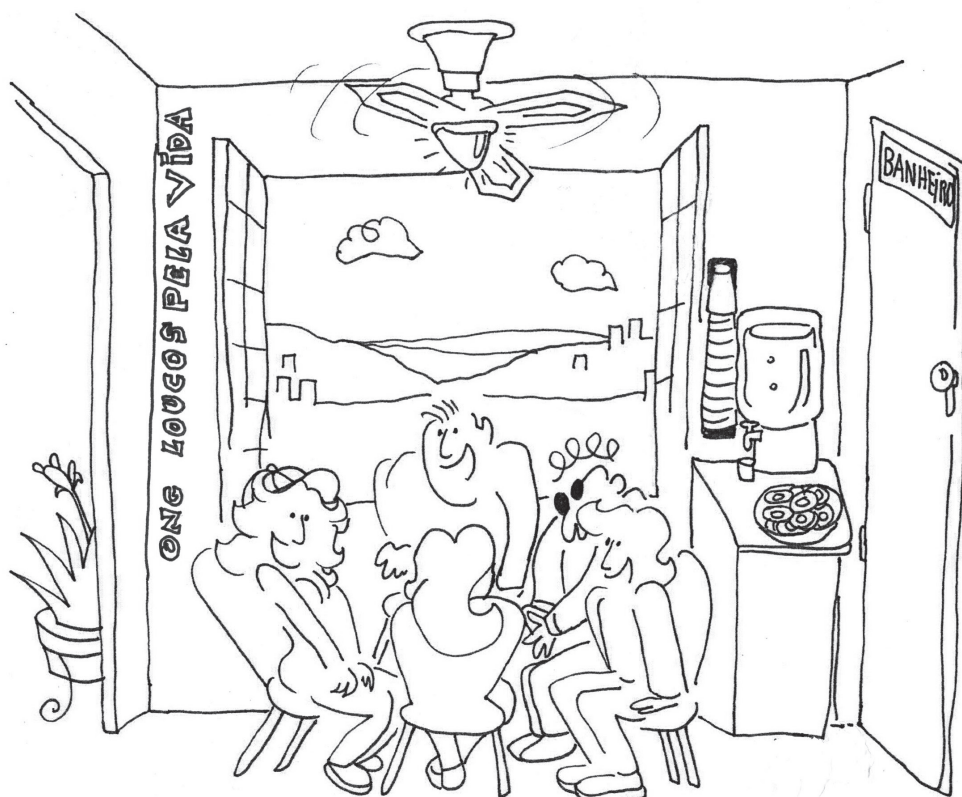
Já no campo da saúde mental e atenção psicossocial, nós fazemos a distinção entre as associações de usuários e familiares, os núcleos e fóruns do movimento antimanicomial, que já foram objeto de seções específicas neste capítulo, e as ONGs no sentido estrito. A razão principal é que estas últimas têm normalmente uma origem mais direta na atuação de profissionais e possuem estruturas mais complexas de financiamento e organização. No Brasil, no campo da saúde mental e atenção psicossocial, as ONGs foram formadas particularmente a partir da década de 1990, a maioria delas em iniciativas de ativistas do movimento antimanicomial. Apesar de não serem muitas, desenvolvem vários tipos de atividades muito importantes: promovem cursos de formação profissional e eventos, publicações, pesquisas, campanhas, desenvolvem projetos culturais, artísticos, e às vezes, projetos de defesa dos direitos. Por exemplo, várias delas estimulam e abrigam Pontos de Cultura, projetos culturais que recebem recursos pelos editais do Ministério da Cultura, como descrevemos no quinto capítulo deste manual.

[*5] WHO. *Qualityrights Tool Kit. Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities*. Geneve, Swiss, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf

[*6] <http://www.terceirosetoronline.com.br/>

[*7] <http://www.torturanuncamais-rj.org.br/>

Se elas estão presentes na sua própria cidade onde se mora, o contato e o apoio direto para lutas, denúncias e campanhas é mais fácil. Contudo, se estão em outras cidades e estados, é possível localizá-las e manter contato por meio da Internet, redes sociais, correio eletrônico ou telefone. Para isso, sugerimos buscar na Internet usando palavras chaves, tais como "saúde mental ONGs", "saúde mental org", "reforma psiquiátrica ONGs", "antimanicomial ONGs". Várias destas organizações têm sítios ou *blogs* na Internet, mas também estão no *Facebook* e outras redes sociais. Sugerimos ir diretamente a estes sítios, que geralmente oferecem informação atualizada, para conhecer não só a própria organização, seus objetivos, sua história, mas também os projetos que desenvolvem.



Para uma primeira visita imediata a alguns dos sítios das ONGs mais antigas do campo no Brasil, sugerimos buscar:

- ONG Inverso, em Brasília: <https://pt-br.facebook.com/pages/Inverso-ONG>
- ONG TamTam, Santos (SP): <http://osm.org.br/osm/ong-tamtam> (Santos)
- ONG Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro (RJ): <https://www.ifb.org.br/>
- ONG Laço, Belo Horizonte (MG): www.laco.org.br
- ONG São Consciência (uma rede de vários projetos de saúde mental e economia solidária em diferentes locais do país): <https://saudecosol.wordpress.com/tag/ong-sa-consciencia/>

17) Os serviços e escritórios de defesa profissional de direitos especializados nas questões do campo da saúde mental e drogas

Já indicamos anteriormente as estratégias de empoderamento direcionadas para a defesa de direitos, com ênfase nas estratégias mais informais. Do outro lado, temos os dispositivos mais complexos, os projetos e escritórios especiais de defesa profissional de direitos. Há inúmeros casos de defesa dos direitos que requerem a atuação profissional especializada e o acionamento do Poder Judiciário ou de outras agências de política social. Como exemplos temos as violações dos direitos indicadas no primeiro capítulo deste manual, que podem apontar para a necessidade de se iniciar ou de suspender uma interdição; a substituição de uma interdição total por uma parcial; práticas de abuso, violência física ou violência patrimonial da pessoa com transtorno por um familiar mau intencionado etc.

Para além das defensorias públicas, que constituem órgãos do Poder Judiciário, que serão descritas mais abaixo, a forma mais conhecida e difundida no Brasil de democratização do exercício de advocacia e de torná-la mais disponível para os segmentos mais pauperizados da população, são os *Núcleos de Prática Jurídica (NPJ) dos cursos de direito*. Em algumas faculdades, o núcleo é chamado de *escritório modelo*. Foram tornados obrigatórios por determinação do Ministério da Educação e Cultura, por meio da Portaria nº 1.886 de 1994, que estabelece as diretrizes curriculares dos cursos de direito. A atividade é obrigatória por quatro períodos dos cursos de graduação, em um total de 300 horas. Há sempre regras específicas para ser atendido em cada um destes núcleos, como renda máxima ou comprovação de despesas que justifiquem a impossibilidade de pagar as custas processuais e honorários advocatícios convencionais. Há pelo menos três dificuldades conhecidas na utilização dos Núcleos de Prática Jurídica para as questões próprias do campo da atenção psicossocial:

- os estudantes de final de curso, apesar de serem supervisionados por professores, ainda tem pouca experiência profissional;
- a prática é, com raríssimas exceções, uniprofissional, ou seja, não conta com o suporte de outros profissionais que atuam no campo da saúde mental e das drogas;
- o campo da atenção psicossocial e o trato das pessoas nele inseridas requer uma sensibilização e capacitação específica, sem a qual os profissionais do direito se sentem inseguros de trabalhar.

Apesar destas dificuldades, os Núcleos de Prática Jurídica (NPJ) dos cursos de direito devem ser procurados por usuários e familiares. Recomendamos que, pelo menos nos primeiros contatos, eles sejam acompanhados por um profissional de confiança do serviço de atenção psicossocial, no qual o usuário ou familiar esteja sob cuidados.

Tendo em vista essas e outras dificuldades dos escritórios especializados de direito, a experiência internacional demonstra que é possível criar organizações, programas e projetos abrangentes de defesa profissional de direitos, voltados para as particularidades do campo da atenção psicossocial. A Organização Mundial de Saúde (WHO) vem se preocupando com o tema, avaliando as práticas existentes e divulgando as melhores práticas no campo e fazendo recomendações para os governos [*8].

De forma similar, a Rede Européia sobre Vida Independente (*European Network on Independent Living - ENIL*), que reúne pessoas com “descapacidades” em toda a Europa, produziu um interessante documento semelhante, baseado nos mesmos valores que orientam este manual. Com base nas melhores práticas dos movimentos sociais do campo, sintetizou princípios e recomendações para serviços de defesa de direitos para pessoas com transtorno mental e deficiências [*9].

[*8] (WHO, *Advocacy for Mental Health: mental health policy and service guidance package*, Geneve, 2003, disponível em www.who.int/entity/mental_health/policy/services/1_advocacy_WEB_07.pdf).

[*9] www.enil.eu/.../Advocacy-Services-for-People-with-Mental-Health-Problems-and-Intellectual-Disabilities:-Guidance-and-Model-Practices/

Em vários países, há inúmeros exemplos de organizações muito comprometidas e bem sucedidas, que desenvolvem essas práticas de defesa dos direitos, em alguns casos já por décadas, e que podem servir de inspiração, serem reapropriados e adaptados à realidade brasileira. A maioria delas promove um amplo rol de atividades:

- conscientização e educação voltada para a auto-defesa, defesa entre pares e defesa profissional dos direitos;
- produção de cartilhas e manuais;
- divulgação de informações úteis por vários meios, mas principalmente pela Internet;
- suporte direto a usuários e familiares, individual ou coletivo;
- promoção de campanhas e atuação na mídia mais ampla;
- realização de projetos e intervenções de forma integradas com as autoridades e serviços locais etc.

Entre as principais organizações que atuam em países específicos e que devem merecer a atenção de nós brasileiros, para inspirar novos projetos, podemos citar:

- a) *Inglaterra e País de Gales*: o melhor exemplo é a MIND, uma ONG que hoje tem mais de 60 anos, e que possui uma rede de mais de 1.000 serviços locais nestes dois países membros do Reino Unido [*10], e mais de uma centena de cartilhas sobre o tema.
- b) *Canadá*: o Escritório Advocático dos Pacientes Psiquiátricos (Psychiatric Patient Advocate Office - PPAO [*11]) foi fundado em 1993, cobrindo a província de Ontário, e trabalhou de forma comprometida até 2011, quando sofreu uma intervenção do governo, gerando dúvidas quanto aos desenvolvimentos do trabalho posterior.
- c) *Estados Unidos*: a Aliança Nacional sobre Saúde Mental (National Alliance on Mental Health - NAMI [*12]) possui mais de 1.000 serviços e associações de usuários locais afiliados, funcionando desde 1979.
- d) *Holanda e Áustria*: Têm modelos mais abrangentes e com financiamento público. O modelo holandês é mais acessível para nós, por existir alguma informação disponível em inglês. Há uma organização nacional, a Fundação Nacional dos Advogados de Pacientes (*National Foundation of Patient Advocates*) com advogados trabalhando em regime de tempo integral, que dá cobertura jurídica aos conselhos de usuários existentes em cada serviço de saúde mental, uma conquista do movimento de usuários. Um exemplo de atuação da fundação é buscar garantir que todas as pessoas internadas involuntariamente tenham acesso a um advogado.
- e) *Países do Terceiro Mundo*: o sítio da ONG *In2MentalHealth* faz uma cobertura das organizações que trabalham no campo da saúde mental em países periféricos, particularmente com defesa de direitos. Apresentam uma lista atualizada de 210 organizações em diversos países, em todos os continentes [*13].

[*10] <http://www.mind.org.uk/>

[*11] <http://www.sse.gov.on.ca/mohltc/ppao/en/>

[*12] <http://www.nami.org/>

[*13] <http://in2mentalhealth.com/2011/06/23/50-mental-health-ngosuser-organizations-around-the-world/>.



Na esfera da defesa dos direitos de casos individuais, os melhores exemplos destes projetos e organizações apresentam uma diferença fundamental: as equipes interprofissionais. A atuação de outros profissionais de atenção psicossocial junto aos advogados é fundamental, para uma avaliação multidimensional de cada caso, levando em conta todas as ambiguidades, conflitos e riscos comuns do campo psicossocial, para além da abordagem única do direito. Desta forma, a decisão sobre a melhor estratégia jurídica a ser seguida é estabelecida de forma mais madura e segura. Outras vezes, o caso pode requerer também se acionar serviços específicos de saúde, de saúde mental ou outras agências de política social, como por exemplo, a busca de benefícios sociais, tais como os descritos no quarto capítulo deste manual.

No Brasil, tivemos dois projetos deste tipo levados a frente por ONGs da cidade de São Paulo (SOS Saúde Mental) e do Rio de Janeiro (SOS Direitos do Paciente Psiquiátrico, ligado à ONG Instituto Franco Basaglia). Estes projetos funcionaram durante vários anos nas décadas de 1990 e 2000, desenvolvendo um trabalho muito importante, mas infelizmente, ambos estão hoje fechados.

18) As entidades e conselhos profissionais, seus códigos de ética, a fiscalização das práticas profissionais e a defesa dos direitos dos cidadãos na sociedade

Nas sociedades modernas, a maioria das profissões de nível universitário são reconhecidas por lei, com competências, atribuições e responsabilidades específicas, e estabelecem códigos de ética, ou seja, um conjunto de princípios e normas que devem orientar a prática profissional. Em paralelo, cada profissão cria associações profissionais, sindicatos e principalmente os chamados conselhos profissionais, com escritórios regionais filiados a um conselho federal, que constituem autarquias de direito público. São funções típicas dos conselhos profissionais:

- cadastrar os profissionais devidamente qualificados, que se tornam filiados e licenciados para o exercício da profissão;
- estabelecer as diretrizes e exigências para a formação profissional;
- discutir e oficializar o respectivo código de ética da profissão;
- sistematizar, divulgar e fiscalizar o exercício profissional, com base no código de ética;
- defender os interesses econômicos e políticos de seus filiados;
- cumprir o dever de defender os interesses públicos e os direitos humanos e dos cidadãos e da sociedade em geral, no campo em que atuam.

Ao longo da história brasileira, e durante décadas, temos bons exemplos de entidades combativas que efetivamente assumiram este último objetivo, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI). Por exemplo, a OAB mantém Comissões de Direitos Humanos em seus escritórios regionais em todo o país.

Quase a totalidade dos profissionais que atuam em saúde pública no Brasil possuem uma estrutura como a descrita acima, mas nem todas as suas entidades assumem uma postura clara e inequívoca de defesa dos interesses da maioria da população e dos direitos humanos. No campo específico da saúde mental e da atenção psicossocial, apenas alguns conselhos profissionais têm adotado de forma explícita, em seus programas e práticas, os princípios e as lutas da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Neste campo, se destacam, entre outros, os conselhos nacionais e regionais de Psicologia (CFP e CRPs), de Serviço Social (CFESS e CRESS's) e de Enfermagem (COFEN e CORENs).



Para isso, estes conselhos e associações profissionais podem apresentar um amplo leque de atividades:

- fazer denúncias;
- realizar campanhas educativas;
- produzir publicações próprias ou fomentá-las entre seus filiados;
- promover pesquisas;
- realizar eventos próprios e/ou dar apoio ou suporte direto a eventos e a projetos inovadores dos movimentos sociais da área;
- participar dos conselhos de saúde e de outras políticas sociais;
- fiscalizar serviços e práticas profissionais polêmicas ou duvidosas, ou que de alguma forma possam violar aos direitos humanos e fundamentais da pessoa.

Em resumo, os conselhos e associações profissionais podem colocar a sua estrutura organizacional, sua capacidade de intervenção e seu prestígio na sociedade à disposição dos práticas inovadoras, das lutas democráticas e pelos direitos humanos.

Assim, em cada região do país, é muito importante acompanhar a prática dos principais conselhos que atuam no campo da atenção psicossocial, para se ter uma ideia dos conselhos e de seus diretores que podem ser bons aliados no momento de uma denúncia, de uma campanha, do desenvolvimento de projetos inovadores, ou até mesmo para apenas oferecer suas instalações para a realização de reuniões. Para poder ter acesso às entidades regionais ou nacionais de cada uma destas profissões, basta colocar o nome deles no programa de procura na Internet, tal como o *Google*.

19) Igrejas e entidades religiosas voltadas para os direitos humanos, e suas pastorais para grupos específicos da população

A partir da década de 1960, e principalmente durante os governos militares, algumas igrejas e entidades religiosas latino-americanas, particularmente cristãs, assumiram uma postura mais clara de defender os direitos dos mais pobres e oprimidos. Em paralelo a estas mudanças, novas correntes engajadas de teologia se desenvolveram, tal como a Teologia da Libertação, que passaram a reformular as ideias e a formação dos religiosos. Estes grupos e correntes religiosas passaram a tomar iniciativas e realizar projetos que foram muito além de suas tradicionais práticas filantrópicas e assistenciais. Fizeram denúncias de violações dos direitos humanos, organizaram campanhas temáticas, promoveram a organização de Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) junto à população mais pobre, e formaram setores pastorais para grupos específicos, tal como a pastoral operária, camponesa, indígena, da saúde, da mulher, da criança, da juventude, dos idosos etc.



Apesar de que a partir da década de 1980 várias destas igrejas assistiram a uma virada conservadora em suas direções, alguns setores pastorais continuaram a desenvolver este tipo mais engajado socialmente. Eles ainda são muito importantes para ajudar a criar grupos e organizações de base, com reflexões e práticas educativas, e para orientar a população na defesa dos seus direitos. Assim, na região onde se vive, é fundamental conhecer as entidades religiosas e pastorais que assumem esta postura mais comprometida, para formar parcerias nas lutas pelos direitos humanos.

20) Partidos políticos comprometidos com os interesses democráticos e populares e seus parlamentares engajados com a saúde mental e atenção psicossocial

No Brasil, há vários partidos políticos que buscam de forma mais clara e explícita representar os interesses populares e lutar pela defesa dos direitos humanos e de cidadania da maioria da população brasileira. É preciso acompanhar e avaliar crítica e constantemente a prática concreta destes partidos e de seus parlamentares nas câmaras de vereadores e nas gestões das prefeituras; nas assembleias legislativas e nos cargos executivos dos governos estaduais; e em Brasília, na Câmara dos Deputados, no Senado e nos cargos do Poder Executivo federal. Gradualmente, vamos identificando os partidos, os parlamentares e os gestores mais comprometidos com as causas populares, ou que podem ser mais confiáveis em negociações e/ou mediação com os governos, nos momentos de negociação e lutas.

No plano municipal e estadual, é fundamental identificar os partidos e os parlamentares mais engajados e comprometidos, que podem ser aliados mais regulares nos momentos das denúncias, das reivindicações, lutas, campanhas etc. Na maioria das vezes, eles apoiam o conjunto das lutas populares e democráticas, mas normalmente têm vínculos mais fortes com áreas específicas. Assim, é importante distinguir aqueles mais interessados e sensíveis com as questões da saúde, saúde mental e atenção psicossocial. Às vezes, este interesse pode ter mais a ver com vivências familiares e pessoais, gerando engajamento do parlamentar, mesmo participando de um partido não tão comprometido com as causas populares.



Feito isso, vale a pena visitar seus gabinetes, conhecer seus auxiliares e saber da melhor forma de manter contatos regulares e de trocar informações, marcar uma conversa ou reunião formal com o parlamentar e sua equipe, para apresentar sua associação ou movimento social etc. Nos eventos principais de campanhas e lutas, é importante convidar estes parlamentares ou seus auxiliares, como forma de manter o compromisso deles com o movimento social e de conseguir maior reconhecimento e legitimidade para as iniciativas realizadas.

21) As Comissões de Saúde, de Direito e Justiça, e de Direitos Humanos do Poder Legislativo (Câmaras de Vereadores, Assembleias Legislativas, Câmara dos Deputados e Senado)

As câmaras de vereadores, as assembleias legislativas e o Congresso Nacional (composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado) possuem suas **comissões de saúde, direito e justiça, e de direitos humanos**. Nestas comissões, é possível se levar denúncias, reivindicações, propostas etc. Elas têm atribuições de discuti-las, bem como as demais matérias e iniciativas dos próprios parlamentares relacionadas aos dois temas, como por exemplo, os projetos de lei. E como vimos na seção anterior, é possível identificar quem são e acompanhar o trabalho dos parlamentares mais comprometidos com o campo da atenção psicossocial.

A partir de 1989, ou seja, desde o início do debate sobre o projeto de lei nacional de reforma psiquiátrica (que em 2001 foi aprovada como a Lei Federal 10.216), vários parlamentares comprometidos com este processo lançaram também **projetos de leis sobre o tema em seus respectivos estados e municípios**. Várias destas iniciativas foram discutidas e aprovadas nas Comissões de Saúde e Comissões de Direito das câmaras de vereadores e assembleias legislativas, e se converteram em importantes leis estaduais e municipais para o campo da saúde mental e atenção psicossocial, e têm sido importantes para fazer avançar a reforma psiquiátrica em seus territórios.



Outras vezes, particularmente nos casos de denúncias graves, lutas e reivindicações mais importantes, os parlamentares destas comissões podem convocar **audiências públicas**. Nelas, os principais atores institucionais e políticos, como o Ministério Público, os gestores de programas e serviços, os intelectuais e pesquisadores, bem como as lideranças dos movimentos sociais, podem apresentar suas denúncias, pontos de vistas e propostas. Assim, além de estimular medidas legais a serem discutidas e aprovadas nas plenárias de cada uma dessas casas legislativas, as audiências públicas também geram consequências nos respectivos governos (Poder Executivo) e demais instituições da sociedade civil.

22) Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) é o órgão da administração pública federal que tem várias funções, listadas abaixo, em que destacamos em negrito aquelas mais importantes, do ponto de vista de sua relação com o campo da atenção psicossocial:

- a) assessorar, direta e imediatamente, o Presidente da República na formulação de políticas e diretrizes voltadas à promoção dos direitos da cidadania, da criança, do adolescente, do idoso e das minorias, **e à defesa dos direitos das pessoas com deficiência e promoção da sua integração à vida comunitária;**
- b) coordenar a política nacional de direitos humanos, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH;
- c) articular iniciativas e apoiar projetos voltados para a proteção e promoção dos direitos humanos em âmbito nacional, promovidos por órgãos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e por organizações da sociedade;
- d) exercer **as funções de ouvidoria nacional de direitos humanos, da criança, do adolescente, do idoso e das minorias,** ou seja, como receptora de pedidos de informação, reclamações, denúncias etc;
- e) **atuar em favor da ressocialização e da proteção das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas,** ao lado dos órgãos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad);
- f) exercer as atribuições de **Órgão Executor Federal do Programa Federal de Assistência a Vítimas e a Testemunhas Ameaçadas;**
- g) atuar como Autoridade Central Administrativa Federal, responsável pelo recebimento e transmissão dos pedidos de cooperação jurídica internacional envolvendo o Brasil. Visa também a promoção dos direitos e do interesse superior das crianças e adolescentes, em situações de sequestro internacional, ou de abandono e de destituição do poder familiar que possam resultar na colocação da criança ou adolescente em adoção internacional [*14].
- h) encaminhar ao Presidente da República propostas de atos necessários para o cumprimento de decisões de organismos internacionais motivadas por violação dos direitos humanos e realizar eventual pagamento de valores decorrentes;
- i) realizar o pagamento de indenizações decorrentes de decisões da Comissão Especial sobre Mortos e Desaparecidos Políticos durante o período de governos militares no Brasil.
- j) **coordenar o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua e auxiliar na implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.**

[*14] e-mail autoridadecentral@sdh.gov.br ou telefone + 55 [61] 2027-3755



Na secretaria, para o exercício destas funções, se destacam a atuação de conselhos, comissões e comitês relacionados às diversas temáticas. Esta estrutura da SDH/PR foi delineada pelo Decreto n. 8.162, de 2013 e pela Lei n. 10.683, de 2003. Estes colegiados visam aprimorar, implementar e fortalecer os Direitos Humanos no Brasil, por meio da busca permanente de ações conjuntas entre Estado e sociedade Civil. Entre estes conselhos, destacamos aqueles mais importantes para o campo da atenção psicossocial:

- **Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CDDPH);**
- **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA);**
- **Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE);**
- **Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI); o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT).** Outros espaços de participação social, como a Comissão Especial sobre Mortos e Desaparecidos (CEMD), o **Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos (CNEDH)** e o **Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT)** também estão na SDH/PR.

Desde sua criação, a SDH/PR tem sido uma aliada importante nas iniciativas, lutas e campanhas nacionais no campo da atenção psicossocial, muitas vezes atuando junto com as demais agências que atuam no campo da atenção psicossocial, particularmente da área da saúde e assistência social.

23) Delegacias de Polícia Civil e as delegacias especializadas de atendimento ou proteção à mulher, à criança e ao adolescente, e ao idoso

A polícia civil tem como principal atribuição a investigação de crimes, exceto os militares, e cumpre a função de polícia judiciária, por que também auxilia o Poder Judiciário, através da coleta de provas e do esclarecimento da autoria e da materialidade dos crimes.

Sua base de atuação e onde atende a população são as delegacias. As cidades são divididas em regiões, e cada uma deve ter sua delegacia, onde são registradas as queixas e apuradas as ocorrências desta área, bem como onde se faz a detenção temporária de suspeitos presos em flagrante. A polícia civil realiza os procedimentos relacionados à investigação, como o interrogatório de testemunhas. Quando finalizada a investigação, o inquérito é encaminhado ao Poder Judiciário, que por sua vez, remete ao Ministério Público. Este último tem como função fazer a denúncia, que dá início ao processo criminal.

As violações dos direitos humanos e fundamentais da pessoa, identificadas no Código Penal, já descritas no primeiro capítulo deste manual, constituem os principais exemplos de casos e queixas que podem ser levados e registrados nas delegacias. No entanto, há vários cuidados a serem tomados antes de se registrar uma queixa, discutidos no sétimo e último capítulo deste manual.

A fim de atender demandas específicas de certos grupos sociais com fragilidades específicas, foram instituídas as delegacias especializadas, que adotam procedimentos e cuidados voltados para responder às características e as necessidades particulares destas pessoas. São elas as delegacias especializadas de atendimento à mulher, as delegacias especializadas de proteção à criança e ao adolescente, e as delegacias especializadas de proteção ao idoso. Cada uma delas será discutida a seguir.

Em qualquer delegacia da Polícia Civil, as pessoas que ali buscam ajuda devem ser consideradas como sujeitos de direito e merecedoras de atenção, e portanto ser tratadas com igual consideração e respeito. Nas delegacias especializadas, porém, que cuidam de situações e pessoas diferenciadas, os policiais envolvidos no atendimento devem ser preparados para ter uma escuta respeitosa, qualificada, sigilosa e não julgadora, e terem procedimentos especiais adequados a cada grupo e situação. Por exemplo, deve ficar assegurado permanecer em sala separada de seu agressor, atendimento humanizado e não sofrer discriminação ou preconceito. Outro exemplo é que, nas delegacias de atendimento à mulher, todos os que atendem devem ser também mulheres, para não criar constrangimentos àquelas que denunciam agressões por parte dos homens, que constituem quase 100% dos autores de violência doméstica. Esses órgãos devem também oferecer informação sobre os direitos da mulher, crianças/adolescentes e idosos, além de explicar de maneira clara todas as fases do processo criminal, quando for o caso; e devem encaminhar a vítima para serviços de saúde, assistência social e justiça.



Vamos agora considerar cada tipo de delegacia especializada:

a) Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM):

Têm como objetivo o atendimento especializado às mulheres em situação de violência de gênero, em especial, a violência familiar ou doméstica. Como vimos no primeiro capítulo deste manual, esta pode ser praticada por meio de:

- violência física, como lesões corporais;
- violência psicológica, que é praticada em ameaças por palavras, gestos ou qualquer outro meio simbólico, humilhações etc, atitudes que diminuem a autoestima da mulher, podendo leva-la à depressão;
- abuso ou violência sexual, como o estupro;
- violência patrimonial, como tomar o salário da mulher; esconder e usar seu cartão bancário, sem autorização; ou ainda, destruir seus móveis e eletrodomésticos.

A principal referência legal para a qualificação destes crimes, além do Código Penal, é a Lei Maria da Penha, como discutimos no primeiro capítulo deste manual. Além disso, esse tipo de delegacia deve realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal. Exemplos de ação são o registro do Boletim de Ocorrência e a solicitação ao juiz de medidas protetivas de urgência, quando há risco de violência doméstica contra a mulher.

b) Delegacias de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCAs):

São responsáveis por fiscalizar, investigar e instaurar inquérito e procedimentos policiais nos casos de crime praticado contra crianças ou adolescentes. Ou seja, a DPCA é responsável por investigar crimes em que as crianças ou adolescentes são as vítimas, e não as autoras do delito, com a finalidade de interromper o ciclo de impunidades dos agressores. As DPCAs também combatem a violência praticada contra crianças ou adolescentes em locais públicos, como ruas e praças, ou em locais privados, como boates e a própria casa da vítima ou do agressor. A principal referência legal para a caracterização destas formas de crime, além daqueles genéricos descritos no Código Penal, é o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).

c) Delegacias Especializadas de Proteção ao Idoso (DEPI):

Têm objetivo de registrar e investigar crimes cometidos contra idosos. O idoso deve procurar a delegacia quando possui seus direitos desrespeitados por meio de práticas ou omissões, como negligência, violência física ou psicológica, omissão de ajuda, maus tratos, abandono, entre outros. Da mesma forma que as demais, as referências para a qualificação destes crimes estão no Código Penal e particularmente no Estatuto do Idoso, como indicamos no primeiro capítulo.

24) Defensoria Pública

Pela Constituição Federal, todos os brasileiros possuem o direito da defesa em caso de violações de seus direitos fundamentais e direitos humanos, como já discutimos neste manual. Entretanto, para se entrar com uma ação no Poder Judiciário, descritos nas várias seções abaixo, é preciso ser representado por um advogado. A única exceção a essa regra

é a de casos de pequeno valor no Juizado Especial, como veremos a seguir. Assim, para aquelas pessoas que não possuem condições financeiras de pagar os honorários de um advogado e as despesas judiciais do processo, é que foram criadas as defensorias públicas. O serviço é oferecido gratuitamente à população carente, tanto na esfera federal quanto na estadual.

- ✓ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos (1)
- ✓ Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal. (1*)

Cabem aos defensores públicos orientar os cidadãos e defender seus interesses e direitos. Um dos principais trabalhos desenvolvidos pelos advogados públicos é a conciliação entre as partes. Para que as pessoas possam contar com a ajuda da defensoria, é necessário entrar em contato com estes serviços, ter acesso a um de seus profissionais, explicar a situação, indicar nomes e endereços de testemunhas, se houver, e mostrar todos os documentos (provas) que se tem do ocorrido. Em alguns casos, só o aconselhamento já tira as dúvidas do cidadão e a ação não acontece.

A Defensoria Pública da União atua nos graus e nas instâncias administrativas federais, que descreveremos abaixo. Já as Defensorias Estaduais atuam nos graus e instâncias da Justiça Estadual (comum), como indicamos em seção específica a seguir. Para adiantar, é bom lembrar que os principais problemas que afligem o cidadão comum são tratados nesta instância estadual, tais como as questões que envolvem divórcio, alimentos, guarda de filhos, interdição, herança, compra e venda de bens, despejo de imóvel alugado por falta de pagamento, questões ligadas ao consumo, prática de crimes etc. Para fazer contato com as defensorias em cada estado brasileiro, basta consultar a lista atualizada disponível na Internet, no sítio do Conselho Nacional de Justiça [*15].

Do ponto de vista das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, é importante lembrar alguns dos alertas que fizemos na seção acima sobre os escritórios de defesa dos direitos especializados no campo da saúde mental e drogas, relativas aos Núcleos de Prática Jurídica (NPs) dos cursos de direito, e que também se aplicam às defensorias públicas:

- a prática é, com raríssimas exceções, uniprofissional, ou seja, geralmente não se conta com o suporte de outros profissionais que atuam no campo da saúde mental e das drogas;
- o campo da atenção psicossocial e o trato das pessoas nele inseridas requer uma sensibilização e capacitação específica, sem a qual os profissionais do direito se sentem inseguros de trabalhar.

(1) Constituição Federal de 1988

(1*) Constituição Federal de 1988, mas com redação dada pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014.

[*15] (<http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/acesso-a-justica/defensoria-publica/>).



Apesar destas dificuldades, os defensores públicos devem ser procurados por usuários e familiares para lutarem pelos seus direitos e interesses que tenham sido ou estejam perto de serem violados ou para defendê-los, caso tenham praticado algum crime. No entanto, recomenda-se que, pelo menos nos primeiros contatos com o defensor público, usuários e familiares sejam acompanhados por um profissional de confiança do serviço de atenção psicossocial, no qual esteja sob cuidados.



25) Juizados Especiais Cível e Criminal (antigo “Juizado de Pequenas Causas”)

Nesta seção, trataremos apenas de um dos órgãos do Poder Judiciário, o Juizado Especial, que equivale ao antigo “Juizado de Pequenas Causas”, e que é particularmente importante para as pessoas de baixa renda, e portanto, também para muitos dos usuários e familiares da atenção psicossocial. Os demais órgãos do Judiciário serão tratados nas próximas seções deste capítulo. Para maiores detalhes legais sobre a organização geral do Poder Judiciário Brasileiro, bem como suas funções e composição, o tema é tratado nos artigos 92 a 126 da Constituição Federal.

O Juizado Especial é um órgão destinado a realizar a conciliação, o julgamento e a execução de causas cíveis e criminais consideradas de *menor complexidade*. Sua importância tem a ver com seu **funcionamento simplificado**, baseado nos seguintes princípios:

- *negociação oral dos conflitos*;
- *informalidade*;
- a *economia de procedimentos* no encaminhamento dos processos;
- a *rapidez de seu encaminhamento e decisões*, pois depois de distribuído o pedido, uma audiência de conciliação deve ser chamada no prazo de 15 dias, tentando sempre que possível um acordo diante do conciliador. Busca-se, na área civil, a conciliação ou a transação e, nos casos que envolvam infrações penais, a reparação dos danos sofridos pela vítima e a aplicação de pena não privativa de liberdade. Havendo acordo, o processo é encaminhado a um juiz, que homologa o acordo, fazendo-o produzir seus efeitos;
- *maior acessibilidade à justiça*, pois em causas que não ultrapassam o valor de 20 salários mínimos, a *presença de um advogado pode ser dispensada*. Além disso, *o processo é gratuito em primeira instância, sem custas judiciais*, bastando procurar o posto do Juizado da sua área de residência, apresentar suas provas e protocolar o seu pedido.



Dadas todas estas características, **os juizados especiais são importantes instrumentos para um acesso mais fácil e mais rápido à justiça, particularmente para os setores da população com menor poder aquisitivo, particularmente das classes populares.** Daí, a importância de entrar em mais detalhes sobre este tipo de juizado neste manual.

Assim como outros órgãos que compõem o Poder Judiciário, temos Juizados Especiais Cíveis e Criminais na Justiça Estadual e na Federal. Os da Justiça Estadual são regulamentados pela Lei n. 9.099, de 1995, e os da Justiça Federal são regulamentados pela Lei n. 10.259, de 2001.

25.1) O Juizado Especial Cível da Justiça Estadual:

O Juizado Especial Cível, da Justiça Estadual, pode ser procurado **se a causa tiver valor de até 40 (quarenta) salários mínimos.** São exemplos dessas causas e ações:

- de despejo para uso próprio (uso do dono do imóvel);
- de cobrança ao condômino de quaisquer quantias devidas ao condomínio;
- de indenização (pagamento) por danos causados em acidentes de veículos, exceto os casos de processo de execução;
- de cobrança de seguro, relativo aos danos causados em acidente de veículo, exceto os casos de processo de execução;
- revogação de doação (a pessoa que dá para outro um bem pode anular essa doação, por exemplo, por ingratidão de quem foi beneficiado).

a) **Quem pode entrar com uma ação** no Juizado Especial Cível, da Justiça Estadual:

- pessoas físicas capazes (pessoa com idade igual ou superior a 18 anos, desde que não seja interditada);
- as microempresas;
- as pessoas jurídicas qualificadas como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPI);
- as sociedades de crédito ao microempreendedor.

b) **Quem não pode ser parte** em ações nos juizados especiais:

- o incapaz (pessoa com idade inferior a 18 anos; pessoa interditada);
- o preso;
- as pessoas jurídicas de direito público, como, por exemplo, a União, os Estados, os municípios;
- as empresas públicas da União [Caixa Econômica Federal (CEF), Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro), Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), dentre outras];
- a massa falida, que é o termo jurídico usado para indicar o conjunto de bens e obrigações do falido (Ex: massa falida da Construtora Encol, da empresa de aviação VASP);
- o insolvente civil, assim considerado toda pessoa que não é comerciante e tiver dívidas superiores ao valor total de seus bens (casa, carro, moto, conta poupança, aplicações financeiras...).

c) Tipos de causas que o Juizado Especial Cível Estadual não pode julgar:

- de alimentos (pensão alimentícia);
- falência, fiscal e de interesse da Fazenda Pública (a Fazenda Pública é representada pelas Secretarias da Fazenda dos Estados e dos municípios);
- relativas a acidentes de trabalho (que devem ser julgadas pela Justiça do Trabalho);
- relativas a resíduos (previdenciários, como o da aposentadoria, que deverão ser buscados junto à Justiça Estadual ou Comum);
- relativas ao estado e capacidade das pessoas;
- de caráter patrimonial (como a interdição, por exemplo, que são de competência da Vara de Família e Sucessões da Justiça Estadual ou Comum).

25.2) O Juizado Especial Cível da Justiça Federal:

Na **Justiça Federal**, o Juizado Especial Cível concilia e julga as causas **até o limite de 60 salários mínimos**.

a) Tipos de ação que o Juizado Especial Cível da Justiça Federal não pode julgar:

- ações que envolvem Estado estrangeiro ou organismo internacional e Município, ou pessoa domiciliada ou residente no Brasil;
- ações que envolvem tratado ou contrato da União com Estado estrangeiro ou organismo internacional, como a Organização das Nações Unidas (ONU) ou a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE);
- disputas sobre direitos indígenas.
- de mandado de segurança;
- de desapropriação, de divisão e demarcação populares;
- de execuções fiscais e por improbidade administrativa;
- demandas sobre direitos ou interesses difusos, coletivos ou individuais homogêneos;
- demandas sobre bens imóveis da União e de suas autarquias, de todas as universidades federais e fundações públicas federais
- para anulação ou cancelamento de ato administrativo federal, salvo o de natureza previdenciária e o de lançamento fiscal;
- que objetivem a impugnação da pena de demissão imposta a servidores públicos civis ou de sanções disciplinares aplicadas a militares.

b) Pessoas que podem propor ações no Juizado Especial Cível, da Justiça Federal:

São as pessoas físicas capazes, as microempresas e as empresas de pequeno porte. Já a União, as autarquias, as fundações e as empresas públicas federais serão sempre réus, ou seja, serão sempre a parte contra a qual se entra com a ação.

25.3) O Juizado Especial Criminal da Justiça Estadual

É o responsável pelo julgamento das infrações penais de menor potencial ofensivo, assim consideradas como contravenções penais. Podemos considerar como exemplos:

- receber em estabelecimento psiquiátrico, e nele internar, sem as formalidades legais, pessoa apresentada como pessoa com transtorno mental;
- disparar arma de fogo em lugar habitado ou em suas proximidades;
- disparar arma de fogo em via pública ou em direção a ela;
- deixar em liberdade, confiar à guarda de pessoa inexperiente, ou não guardar com a devida cautela animal perigoso, como podem ser alguns cães da raça pit bull;
- e os crimes para os quais a lei fixe pena máxima não superior a 2 (dois) anos, acumulada ou não com multa.

25.4) O Juizado Especial Criminal da Justiça Federal

É responsável pelo julgamento das infrações penais de menor potencial ofensivo, ou seja, os crimes a que a lei determine pena máxima não superior a dois anos, ou aqueles punidos apenas com multa. Alguns juristas reconhecidos consideram que aí pode se incluir também infrações com pena superior a 2 anos, desde que traga a pena de multa como sanção alternativa. A partir de 2006, em caso de crimes conexos, ou seja, que tem ligações entre si, e que inclua alguma infração mais grave, o encaminhamento passa a ser via o juizado comum. É importante lembrar que nos processos criminais, o autor (quem propõe a ação) é sempre o Ministério Público (representado pelo Promotor de Justiça).

26) Ministério Público

O Ministério Público (MP) é um órgão que atua na defesa da ordem jurídica e fiscaliza o cumprimento da lei no Brasil. A Constituição Federal de 1988 concedeu independência e autonomia ao MP, ou seja, ele não está subordinado a nenhum dos três poderes (Poder Legislativo, Poder Executivo e o Poder Judiciário) e exerce função essencial à justiça, ao lado da Defensoria Pública e da Advocacia.

O MP é o fiscal das leis, deve atuar em defesa da sociedade. Também é seu papel defender o patrimônio nacional, o patrimônio público e social. Isso inclui o patrimônio cultural, o meio ambiente, os direitos e interesses da coletividade, tais como do consumidor, da família, e particularmente das populações vulneráveis, como das pessoas com deficiência e com transtorno mental, dos povos e comunidades indígenas, da criança, do adolescente e do idoso. O MP atua, ainda no controle externo da atividade policial e na defesa dos interesses e direitos sociais e individuais chamados de “indisponíveis”, ou seja, de interesse público, dos quais as pessoas não têm o poder de abrir mão, renunciar ou transmitir a outras pessoas, pois são independentes da nossa vontade: o direito à vida, à personalidade e às capacidades de cada um etc.

No Brasil, o MP está dividido em Ministério Público da União (MPU) e Ministério Público dos Estados (MPE). O MPU abrange o Ministério Público Eleitoral (MPE), o Ministério Público Federal (MPF), o Ministério Público do Trabalho (MPT), o Ministério Público Militar (MPM) e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). Entretanto, a legislação garante a possibilidade de atuação conjunta entre esses órgãos na defesa dos direitos sociais, de interesses difusos e de meio ambiente. *As principais atribuições de cada um deles estão descritas abaixo:*

a) *Ministério Público Federal (MPF):*

Ao Ministério Público Federal (MPF), que participa do Ministério Público da União (MPU), cabe a defesa dos direitos sociais e individuais indisponíveis, da ordem jurídica e do regime democrático, no que toca à esfera federal. O órgão tem sede em Brasília, mas tem também representações estaduais. Ele atua por iniciativa própria ou mediante provocação, em todo o Brasil, e também em cooperação com outros países, nas áreas constitucional, internacional público, cível, criminal e eleitoral. A instituição ingressa com ações em nome da sociedade, oferece denúncias criminais e deve ser ouvida em todos os processos em andamento na Justiça Federal que envolvam o interesse público, mesmo que não seja parte na ação. Ele também atua nas várias esferas superiores do Poder Judiciário, como o Supremo Tribunal Federal (STF), o Superior Tribunal de Justiça (STJ), o Tribunal Superior Eleitoral (TSE), os tribunais regionais federais, os juízes federais e os juízes eleitorais, nos casos regulamentados pela Constituição e pelas leis federais. A atuação e organização do MPF está regulamentada pela Lei Complementar n.º 75 de 1993.

b) *O Procurador Geral da República, o “chefe” do Ministério Público brasileiro:*

O procurador-geral da República exerce a chefia do Ministério Público da União e do Ministério Público Federal, além de atuar como procurador-geral Eleitoral. Ele deve sempre ser ouvido nas ações de inconstitucionalidade e nos processos de competência do Supremo Tribunal Federal (STF). Cabe a ele promover ação direta de inconstitucionalidade e ações penais para denunciar autoridades, como os deputados federais, senadores, ministros de Estado e o presidente e o vice-presidente da República. Ele também pode, perante o Superior Tribunal de Justiça (STJ), propor ação penal, requerer uma intervenção nos Estados e no Distrito Federal, ou a federalização de casos de crimes contra os direitos humanos.

c) *Ministério Público Eleitoral (MPE):*

As intervenções em todas as fases dos processos eleitorais são de responsabilidade do MPE, que age com os ministérios públicos estaduais, que oficiam perante a justiça eleitoral de primeira e segunda instância.

d) *Ministério Público do Trabalho (MPT):*

O Ministério Público do Trabalho (MPT) e seus procuradores atuam no campo das relações de trabalho, protegendo os direitos difusos, coletivos e individuais diante de ilegalidades praticadas no campo trabalhista, como trabalho escravo, trabalho infantil, discriminação e saúde e segurança no trabalho.

e) *Ministério Público Militar (MPM):*

O Ministério Público Militar (MPM) promove ações penais públicas junto aos órgãos da Justiça Militar. Entre suas atribuições, estão as investigações e a instauração de inquérito policial-militar, podendo acompanhá-los e apresentar provas e exercer o controle externo da atividade da polícia judiciária militar.

f) *Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT):*

O Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) atua perante o poder judiciário do Distrito Federal, por meio das Promotorias e Procuradorias de Justiça. Entre as áreas de sua atuação estão, dentre outras, a defesa dos direitos das pessoas com deficiência, do consumidor, do idoso, e nas áreas criminal, de meio ambiente, do patrimônio público, da saúde, da educação, infância e juventude e filiação.

g) *Ministério Público Estadual (MPE):*

Cada um dos 26 estados da Federação possui um Ministério Público para executar as atribuições descritas acima, no âmbito estadual. Além da sede, que fica na capital de cada estado, cada MPE possui promotorias em vários municípios distribuídos em seu território. A organização dos MPEs está regulamentada na Lei n.º 8.625 de 1993.



Em relação aos direitos e deveres das pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, **o Ministério Público dos Estados e do Distrito Federal e Territórios tem atribuições importantíssimas.** Uma delas é na própria **fiscalização das internações involuntárias**, de acordo com a lei n. 10.216/2001, como discutimos no quarto capítulo deste manual.

Outra atuação fundamental dos MPEs nos últimos anos tem sido a de **fiscalizar as violações dos direitos humanos e fundamentais nos grandes hospitais psiquiátricos ou demais instituições do tipo manicomial ainda existentes.** No primeiro capítulo, indicamos vários exemplos de intervenções do MP nestas instituições, algumas vezes colocando **Termos de Ajustamento de Condutas (TACs)**, ou seja, exigências de mudanças na sua atuação. Nos casos mais graves, decidem pelo **fechamento das instituições manicomiais** e pela preparação gradual dos internos para viver e serem assistidos em serviços da rede de atenção psicossocial, de forma integrada com os governos estadual e municipais. Outras vezes, os MPEs tem atuado firmemente na **fiscalização das internações forçadas de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas**, principalmente nos recolhimento nas chamadas

- ✓ Art. 8º, § 1º - A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual [ou ao Ministério Público do Distrito Federal e Territórios] pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.(3)

(3) Lei n. 10.216 de 2001, de reforma psiquiátrica.

cracolândias, para fins de “limpeza urbana”, intervenções nas quais há inúmeras violações dos direitos, como vimos no quarto capítulo. Ainda neste campo, **exigem também das autoridades municipais a implantação de uma rede de atenção psicossocial humanizada**, capaz de responder às necessidades da população do município no campo das drogas, algumas vezes com o uso de TACs. No campo da saúde em geral, os MPEs têm atuado também para que as autoridades públicas ou empresas de planos médicos liberem medicamentos e tratamentos especiais, vagas em leitos hospitalares, em unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas, etc.

Assim, podemos dizer que os MPEs tem hoje, no Brasil, um papel essencial e insubstituível na defesa dos direitos humanos e fundamentais no campo da atenção psicossocial. Para localizar o endereço atualizado, telefone e email, para fazer contato com os MPEs em cada estado ou municípios mais importantes em cada um deles, procure no sítio da Internet do Conselho Nacional do Ministério Público [*16].

É importante lembrar ainda que, da mesma forma que o Poder Judiciário em geral é monitorado pelo Conselho Nacional de Justiça, como veremos a seguir, também o Ministério Público tem seu órgão fiscalizador: o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). É presidido pelo Procurador-Geral da República, é responsável, dentre outras atribuições, pelo controle das atividades administrativas, financeiras e disciplinares do Ministério Público e seus membros (os promotores e procuradores de justiça). Por isso, o CNMP pode receber e tomar conhecimento das reclamações contra membros ou órgãos do Ministério Público, inclusive contra seus serviços auxiliares.

27) Sistema Judiciário Brasileiro: organização e competências

O Poder Judiciário brasileiro tem várias ramificações, dependendo da natureza da questão a ser julgada, várias instâncias hierárquicas, e também diferentes competências, relativas ao governo federal (União) ou aos estados, Distrito Federal e territórios. Sua fundamentação constitucional, que descreve a organização geral, as funções e composição do Poder Judiciário brasileiro, é exposta nos artigos 92 a 126 da Constituição Federal. Já tratamos acima do Ministério Público, em separado, dada sua importância para as políticas sociais em geral e para o campo dos direitos humanos. De forma similar, pela importância para a população de baixa renda e para os usuários e familiares da atenção psicossocial, também apresentamos anteriormente os Juizados Especiais Cível e Criminal. Agora, vamos tratar mais sucintamente dos órgãos do Judiciário.

27.1) Os órgãos federais do Poder Judiciário

Do ponto de vista das diferentes questões e temas que julga, no campo da União, o Poder Judiciário conta com as seguintes unidades: a Justiça Federal (comum), e a Justiça Especializada – composta pela Justiça do Trabalho, a Justiça Eleitoral e a Justiça Militar. Temos também o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), voltada para o desempenho, avaliação e desenvolvimento do próprio Poder Judiciário e de seus membros, ou seja, os juízes, os desembargadores e ministros. Do ponto de vista hierárquico, há também as instâncias superiores em cada uma destas áreas da justiça, mas todas são submetidas ao Supremo Tribunal Federal (STF), que está no topo desta pirâmide, como instância final das decisões e recursos dos processos que entram no sistema. Abaixo do STF, está o Superior Tribunal de Justiça (STJ), responsável por fazer uma interpretação uniforme da legislação federal. Cada uma destas instâncias e órgãos da justiça serão discutidas nesta seção.

[* 16] <http://www.cnmp.mp.br/>

27.1.1) Justiça Federal da União (comum):

A Justiça Federal da União (comum) é composta por juízes federais que atuam na primeira instância e nos tribunais regionais federais (segunda instância), além dos juizados especiais federais. Julga ações em que a União e suas autarquias, fundações e empresas públicas federais são autoras ou são réus. Dentre as questões jurídicas que podem ser julgadas pela Justiça Federal Comum temos: crimes políticos e infrações penais praticadas contra bens, serviços ou interesse da União, processos que envolvam Estado estrangeiro ou organismo internacional contra município ou pessoa domiciliada ou residente no Brasil, causas baseadas em tratado internacional ou contrato da União com Estado estrangeiro ou organismo internacional e ações que envolvam direito de povos indígenas. A Justiça Federal Comum também poderá atuar em caso de grave violação de direitos humanos, por meio do chamado incidente de deslocamento de competência (IDC).

27.1.2) Justiça Federal da União especializada: a Justiça do Trabalho, a Justiça Eleitoral e a Justiça Militar

a) *A Justiça do Trabalho*: julga conflitos e direitos individuais e coletivos entre trabalhadores e patrões, incluindo aqueles que envolvam a administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como órgãos de direito público externo. São exemplos de questões a serem julgadas: salários, condições de trabalho, greve, pagamento de horas extras, assédio sexual e moral etc. Ela é composta por juízes trabalhistas que atuam na primeira instância e nos tribunais regionais do Trabalho (TRT), e por ministros que atuam no Tribunal Superior do Trabalho (TST). É uma área da justiça muito importante para todos os trabalhadores do país, em suas lutas pelos direitos trabalhistas.

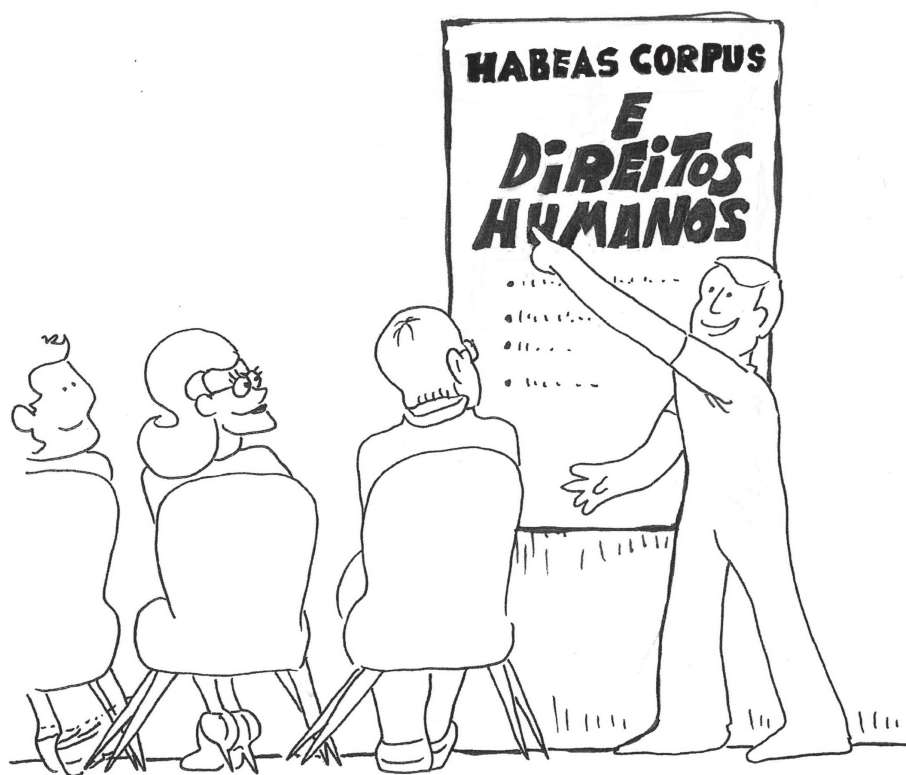
b) *Justiça Eleitoral*: regulamenta os procedimentos eleitorais, garantindo o direito constitucional ao voto direto e sigiloso. A ela compete organizar, monitorar e apurar as eleições, bem como diplomar os candidatos eleitos. A Justiça Eleitoral tem o poder de decretar a perda de mandato eletivo federal e estadual e julgar irregularidades praticadas nas eleições. Ela é composta por juízes eleitorais que atuam na primeira instância e nos tribunais regionais eleitorais (TRE), e por ministros que atuam no Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

c) *Justiça Militar*: composta por juízes militares que atuam em primeira e segunda instância e por ministros que julgam no Superior Tribunal Militar (STM). A ela cabe processar e julgar os crimes militares definidos em lei.

27.1.3) Os Tribunais e Órgãos Superiores do Poder Judiciário: o Supremo Tribunal Federal (STF), o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

Como regra, os processos judiciais comuns se originam nos juizados de primeira instância e são normalmente julgados por um juiz. Entretanto, existe o direito de entrar com um recurso pedindo a reconsideração da decisão do juiz, o que é feito ainda na primeira instância, mas o julgamento e as decisões finais do processo serão dadas pela segunda instância, quando os processos são julgados por um grupo de juízes, chamados desembargadores. Podem, ainda, ser levados para o Superior Tribunal de Justiça (STJ) e até para o Supremo Tribunal Federal, que dá a palavra final em disputas judiciais no país, em questões constitucionais. Estes dois tribunais, bem como o Conselho Nacional de Justiça, presidido pelo STF, serão descritos a seguir. Há também tribunais superiores nas áreas especializadas do trabalho, eleitoral e militar (TST, TSE, STM), já descritos acima. Neste nível dos tribunais superiores, os processos são julgados por um grupo especial de juízes, os chamados Ministros.

Entretanto, há ações que podem ter início na segunda instância e até nos Tribunais Superiores. É o caso de processos criminais contra autoridades com prerrogativas especiais. Deputados federais e senadores, ministros de Estado, o Presidente da República, entre outras autoridades, quando processados por infrações penais comuns, têm a prerrogativa de ser julgados pelo STF. Os governadores dos estados, neste mesmo tipo de acusação, são julgados pelo STJ. Já os prefeitos são julgados na segunda instância da Justiça comum – os Tribunais de Justiça de cada estado.



a) *O Supremo Tribunal Federal (STF):*

O STF tem duas atribuições principais: uma como Suprema Corte, ou seja, como um tribunal de última instância para recursos a decisões dos demais juizados do país, e a outra como Tribunal Constitucional, como responsável por zelar pelo cumprimento da Constituição Federal. Como exemplos da primeira, estão, em recurso ordinário, o ***habeas corpus***, o ***mandado de segurança***, o ***habeas data*** e o ***mandado de injunção*** decididos em única instância pelos Tribunais Superiores. Como um exemplo da segunda atribuição, temos a ***ação direta de inconstitucionalidade***, quando se busca argumentar que uma lei ou ato normativo do governo federal ou dos governos estaduais descumpra a Constituição.

Alguns conceitos importantes para se compreender as ações propostas perante o Supremo Tribunal federal (STF) e suas demais atividades:

a) Ação direta de inconstitucionalidade de lei ou ato normativo federal ou estadual (Adin): Algumas leis são promulgadas sem atender à Constituição Federal, que é a lei maior do País. Por isso, tem por objeto principal a declaração de inconstitucionalidade de uma lei ou ato normativo federal ou estadual.

b) Ação declaratória de constitucionalidade de lei ou ato normativo federal (ADC): ação para assegurar à pessoa um direito líquido e certo, incontestável, que esteja violado ou ameaçado por ato ilegal ou inconstitucional de uma autoridade.

c) Arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF): ação com a finalidade de evitar ou reparar lesão, prejuízo a preceito fundamental, resultante de algum ato do poder público. Por preceito fundamental, o STF tem entendido, por exemplo, os direitos e garantias individuais, a forma federativa de Estado, o voto direto, secreto, universal e periódico, a separação dos poderes e os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, previstos na Constituição Federal.

d) Habeas Corpus (do latim “Que tenhas o corpo”): meio extraordinário de garantir e proteger com rapidez todo aquele que sofre violência ou ameaça de constrangimento ilegal na sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder de autoridade legítima, por exemplo, um delegado ou juiz.

e) Habeas Data: instrumento legal para garantir o conhecimento de informações que dizem respeito à pessoa que propõe a ação, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público; ou para realizar a alteração ou correção de dados, quando se tem alguma razão para não fazê-lo pelos meios convencionais de processo sigiloso, judicial ou administrativo.

f) Instância: nível hierárquico da autoridade judicial. Na primeira instância, temos um juiz; na segunda instância, quando se entra com um recurso de uma decisão de primeira instância, temos um tribunal de juízes.

g) Mandado de Injunção: mandato proposto quando a falta de norma regulamentadora torna inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania.

h) Mandado de Segurança: ação proposta para assegurar à pessoa um direito líquido e certo, incontestável, não amparado por “habeas-corpus” ou “habeas-data”, e que esteja violado ou ameaçado por ato ilegal ou inconstitucional de uma autoridade pública ou pessoa jurídica no exercício de atribuições públicas.

i) Súmula com efeito Vinculante (Súmula Vinculante): mecanismo que obriga juízes de todos os tribunais a seguirem o entendimento adotado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) sobre determinado assunto com jurisprudência consolidada (conjunto de decisões semelhantes sobre um determinado tema sobre o qual não há divergência, discussões em sentido contrário sobre sua interpretação, em outros termos, conjunto de decisões sobre uma questão jurídica em que há o mesmo entendimento por parte do STF). Com a decisão do STF, a súmula vinculante adquire força de lei e cria um vínculo jurídico, não podendo mais, portanto, ser contrariada.

Na área penal, como indicamos acima, o STF julga as infrações penais comuns, como aquelas descritas no primeiro capítulo deste manual, atribuídas às principais autoridades federais, como o Presidente da República, o Vice-Presidente, os membros do Congresso Nacional, seus próprios Ministros e o Procurador-Geral da República, entre outros.

A partir de 2002, todos os julgamentos do STF são transmitidos pela televisão, bem como seu plenário está aberto ao público, para se poder assistir diretamente aos julgamentos.

b) O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e sua importância na luta pelos direitos junto aos órgãos do Judiciário

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) é presidido pelo presidente do STF, e busca aperfeiçoar o sistema judiciário do país como um todo e particularmente em algumas áreas de atuação consideradas prioritárias. Foi instalado em 2005, com sede em Brasília, mas atua em todo o território brasileiro. Tem como objetivos zelar pela autonomia do Poder Judiciário em relação aos demais poderes, e definir objetivos, planos, metas, programas de desenvolvimento e formas de avaliação para todo o sistema, inclusive publicando relatórios regulares sobre as atividades do Judiciário. Entre os programas de maior interesse no campo da atenção psicossocial, estão os “Mutirões da Cidadania”, que visam estabelecer metas concretas para a atuação do Judiciário na garantia dos direitos fundamentais das pessoas em situação de maior vulnerabilidade, entre elas as crianças e adolescentes, o idoso, os portadores de necessidades especiais e a mulher vítima de violência doméstica e familiar. O CNJ tem também iniciativas interessantes nas áreas dos direitos de trabalhadores submetidos a condições análogas à de escravo, de povos indígenas e do tráfico de pessoas. Para conhecer melhor o perfil de atuação do CNJ, vale a pena visitar o seu sítio [*17].

Outra área importante para a luta pelos direitos dos cidadãos, em suas relações com o Poder Judiciário, está em que o CNJ também **recebe reclamações, petições e representações contra membros ou órgãos específicos**. Para saber mais detalhes legais sobre o assunto, a Lei Orgânica da Magistratura Nacional (Lei Complementar 35, de 1979), trata não só da organização do Poder Judiciário, mas também dos direitos e deveres dos juizes, assim como das penalidades que lhes podem ser aplicadas, em razão de ato ou omissão praticados pelos juizes no exercício de suas atribuições.

Para compreender a importância do CNJ para o campo da atenção psicossocial, temos que relembrar algo do que já apresentamos neste manual. No capítulo primeiro, vimos que os juizes e outros órgãos do judiciário são chamados a intervir nos casos de violações claras aos direitos fundamentais e direitos humanos, e também nos casos de internação involuntária, compulsória, como estabelecido na Lei 10.216, de 2011, de reforma psiquiátrica, ou também em casos de interdição, temas descritos no quarto capítulo. Às vezes, **os processos vão se atrasando, sem novas decisões por longo tempo**, normalmente gerando muito sofrimento para as pessoas envolvidas, e particularmente para os usuários e familiares que dependem destas decisões. Outras vezes, **a atuação de um juiz, por também ser envolvido nos mecanismos de discriminação e estigma contra a pessoa com transtorno ou com uso de drogas, pode ser muito unilateral e acabar prejudicando os direitos destas pessoas**. Nestas situações, pode ser o caso de, após uma avaliação cuidadosa, se entrar com uma petição ou representação no Conselho Nacional de Justiça, para que a atuação do juiz ou órgão do Judiciário seja monitorada, e ele tenha de prestar contas de seus atos ao CNJ. Para conhecer melhor esta alternativa, é fundamental visitar a seção referente ao assunto no sítio do Conselho [*18].

[*17] <http://www.cnj.jus.br/>

[*18] <http://www.cnj.jus.br/sobre-o-cnj/como-peticionar-ao-cnj/>

c) *Superior Tribunal de Justiça (STJ)*

Abaixo do STF, está o Superior Tribunal de Justiça (STJ), responsável por fazer uma interpretação uniforme da legislação federal. Isso quer dizer que cabe ao STJ dizer o que significa um dispositivo de norma federal, como por exemplo, a Lei 10.216, de 2001, de reforma psiquiátrica; o Código Florestal e Código Nacional de Trânsito. Em outras palavras, cabe ao STJ dizer qual é o sentido correto a ser usado para interpretar aquela norma diante das interpretações diferentes, feitas por juízes e outros tribunais, sobre aquela mesma norma jurídica.

27.2) A Justiça Estadual (comum)

A Justiça Estadual (comum) é composta pelos juízes de direito que atuam na primeira instância, e pelos chamados desembargadores, que atuam nos tribunais de Justiça (segunda instância), além dos juizados especiais cíveis e criminais, já apresentados acima. À Justiça Estadual cabe processar e julgar qualquer causa que não seja de responsabilidade dos demais órgãos já descritos (Justiça Federal comum, do Trabalho, Eleitoral e Militar). O Poder Judiciário Estadual é comum, apenas a Justiça Militar dele é especializada. São exemplos que questões jurídicas que devem ser julgados pela Justiça Estadual Comum:

- questões de família e sucessões, tais como divórcio, pensão alimentícia, guarda de filhos, regulamentação de visitas de filhos, interdição, testamento/herança;
- questões relacionadas a contratos, como compra e venda de bens, aluguel de imóveis residenciais ou comerciais;
- questões relacionadas a consumo, tais como a compra de um automóvel ou eletrodoméstico;
- questões criminais, como homicídio; furto, roubo; estupro; lesão corporal; tráfico de drogas (o crime de tráfico de drogas, se tiver estrangeiros envolvidos, também poderá ser julgado pela Justiça Federal).



Em relação ao campo da atenção psicossocial, podemos ver então que **a Justiça Estadual comum é a instância do Poder Judiciário que trata da maioria das questões relacionadas à saúde mental e ao uso de drogas, tais como a internação compulsória, fornecimento de medicamentos, garantia de serviço de acolhimento ou internação, interdição e medidas de proteção à criança e ao adolescente.**

28) Órgãos, entidades e estratégias de defesa dos direitos do consumidor

Na maior parte deste manual, estivemos tratando das relações no campo da cidadania, ou seja, entre as pessoas com o Estado, já que este tem o dever constitucional de assegurar os direitos civis, políticos e sociais de cada cidadão e dos seus interesses e direitos coletivos. No entanto, para poder viver hoje em qualquer área urbana, nós também dependemos da aquisição de bens e serviços no setor privado, como a compra de casa própria ou aluguel de um imóvel, ou de eletrodomésticos, móveis, alimentos, roupas, serviços de eletricidade, água e esgoto, telefone etc. Há também serviços mais pontuais ou não tão visíveis materialmente, como educação (escolas e cursos), os planos e seguros de saúde, tratamentos, exames e medicamentos, serviços bancários, pacotes de viagens, passagens aéreas, etc. E nem sempre os fornecedores destes bens e serviços oferecem produtos e serviços de qualidade, no tempo combinado e a preço justo, gerando muitas reclamações.

No Brasil atual, no campo da atenção psicossocial, as principais áreas em que há reclamações dos consumidores contra fornecedores de bens e serviços, são:

- planos e seguros privados de saúde, individuais ou coletivos, como aqueles contratados por empregadores para seus trabalhadores. Exemplos são a falta de acesso ou demora no atendimento ou na provisão de tratamentos ou medicação específicos, aumento abusivo de preços etc;
- empresas privadas de prestação de serviços, como clínicas, hospitais etc, com reclamações similares aos planos, mas podendo também envolver atendimento de má qualidade (ou sem a devida dignidade); erros profissionais, que em alguns casos podem levar a sequelas permanentes ou, às vezes, até mesmo a falecimento etc;
- aparelhos utilizados no cuidado a saúde, como por exemplo verificadores de pressão arterial, inaladores, termômetros etc, com qualidade e funcionamento precário;
- remédios, que podem ser adulterados, vencidos ou com preço abusivo;
- profissionais individuais que prestam atendimento de má qualidade.

A relação entre os consumidores e as empresas que fornecem estes bens e serviços é muito desigual. O fornecedor é o lado mais forte, pois geralmente é uma empresa que detém a propriedade dos meios que produzem estes bens e serviços, e que concentra o conhecimento e as técnicas neste campo de atuação, bem como o conhecimento jurídico, os meios de divulgação e a publicidade. O consumidor possui apenas a necessidade de consumo, está pulverizado e individualizado no mercado e na sociedade, e portanto é o lado mais vulnerável desta relação. Essa desigualdade aumenta mais com o tamanho e poder crescentes das grandes empresas e monopólios, tendo consequências cada vez mais numerosas e graves, tanto para os consumidores individuais, como para a sociedade em geral. Por outro lado, as reclamações dos consumidores e cidadãos têm ganhado visibilidade, gerando gradualmente, durante o século XX, as leis protetoras dos direitos do consumidor e as agências responsáveis pela defesa destes direitos.

Em nosso país, a própria Constituição Federal estabeleceu alguns direitos fundamentais do consumidor, em seus artigos 5.o (e alínea XXXII), 24, 150 e 170. No entanto, foi o Código de Defesa do Consumidor (CDC) (Lei 8.078 de

1990) que reconheceu os direitos dos consumidores de forma abrangente, e organizou o sistema de responsabilidade civil dos fornecedores de produtos e serviços. Apesar de já ter 24 anos no momento em que escrevemos, o CDC é ainda considerado uma das leis mais modernas e avançadas do mundo, e vem sendo modernizada com novas peças de legislação complementar. Por exemplo, em 2014 estão sendo discutidos no Congresso Nacional alguns projetos para alteração do CDC sobre três novos temas, que estão requerendo regulamentação: (a) o comércio eletrônico; (b) o superendividamento dos consumidores; e (c) as ações coletivas para defesa do consumidor. Assim, sugerimos a todos os cidadãos brasileiros conhecerem e terem à mão uma versão do CDC.

Além do próprio CDC, o Decreto nº 2.181 de 1997 criou o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC), que congrega diversos órgãos públicos responsáveis pela sua execução, como o Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon), Ministério Público, Defensoria Pública e Secretaria Nacional do Consumidor. Além deste sistema público, existem hoje diversas entidades e associações civis, sem fins lucrativos, que também lutam na defesa dos direitos do consumidor. A seguir, tentaremos descrever rapidamente cada um destes órgãos e entidades do campo.

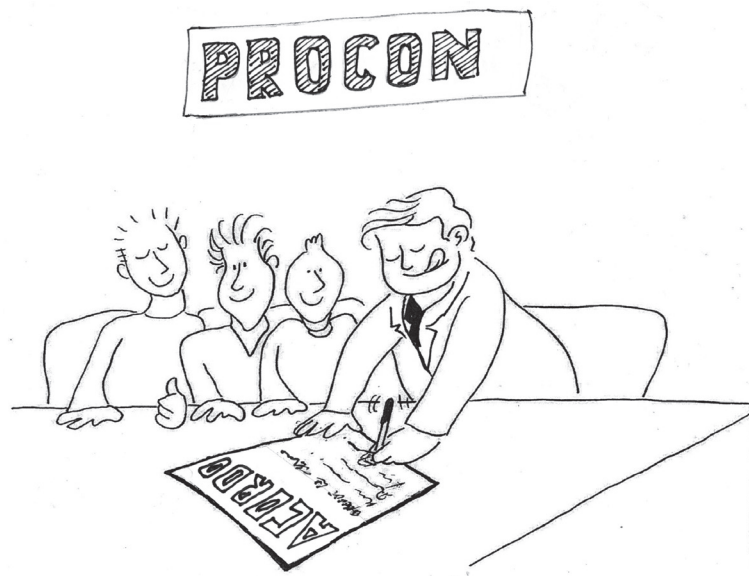
28.1) Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon)

A Senacon, do Ministério da Justiça, foi criada pelo Decreto 7.738 de 2012, mas suas atribuições já tinham sido estabelecidas no CDC e no Decreto 2.181/97. Sua atuação é voltada para o planejamento, elaboração, coordenação e execução da Política Nacional das Relações de Consumo, visando promover a educação preventiva para o consumo, garantir a proteção e exercício dos direitos consumidores, e incentivar a integração e a atuação conjunta dos membros do Sistema Nacional de Direitos do Consumidor (SNDC), no âmbito nacional. Para isso, criou e gerencia o Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec). Atua particularmente nas questões que tenham repercussões em todo o país, ou que exijam a representação dos interesses dos consumidores brasileiros em órgãos internacionais [*19].

28.2) PROCONs

O PROCON é um órgão do Poder Executivo municipal, estadual, ou do Distrito Federal, destinado à acompanhar e fiscalizar as relações de consumo entre fornecedores e consumidores, e principalmente a proteção e defesa dos direitos e interesses destes últimos, por meio do atendimento direto e individualizado. Isso não impede que atue por meio de telefone, endereço eletrônico ou por correspondência, mas sua principal atribuição é o atendimento direto e presencial, sem necessidade de advogado, no qual o cidadão deve levar as provas de sua reclamação, quando será então orientado. O PROCON funciona também como instância de instrução e julgamento, gerando um processo administrativo, no qual o fornecedor é chamado e se busca um acordo, e que, dependendo da legitimidade da reclamação e das provas fornecidas, pode acolher total ou parcialmente (ou às vezes também negativamente), os interesses do consumidor. É importante assinalar que ninguém é obrigado a assinar o acordo, e o consumidor deve sempre ser indagado se concorda com todos os termos e condições propostas pelo PROCON.

[*19] Para mais detalhes, ver <http://portal.mj.gov.br/senacon/>



Além deste atendimento individualizado, os PROCONs também visam fiscalizar as empresas e monitorar o mercado de consumo local. Entre as penalidades administrativas aplicáveis pelo PROCON estão a multa, a apreensão de produto, a proibição de fabricação de um produto, a cassação da licença do estabelecimento ou atividade, podendo chegar até à interdição total ou parcial do estabelecimento ou atividade.

Para saber o contato do PROCON de sua cidade ou região, visite o sítio na Internet do Portal do Consumidor [*20], produzido pela Senacon, que além de disponibilizar várias informações úteis no campo, oferece uma lista de contatos dos mais de 840 PROCONs existentes em 2014 em todo o país.

28.3) Delegacias Especializadas em Defesa do Consumidor

Além do PROCON, no caso de infrações e violações que geram danos aos direitos fundamentais do cidadão, os consumidores podem ir às Delegacias Especializadas em Defesa do Consumidor, onde é possível registrar Boletim de Ocorrência. Em alguns municípios, estas delegacias não existem como um serviço autônomo, mas funcionam dentro das delegacias comuns de polícia. Assim, a polícia civil instaura inquérito e investiga os fatos informados para que, se confirmada a violação a direito(s) do consumidor, a(s) pessoa(s) ou empresa(s) responsável/responsáveis pelo(s) dano(s) causado(s) seja(m) responsabilizada(s) cível e/ou criminalmente.

28.4) Ministério Público e as Defensorias Públicas

Já descritos nas seções específicas acima, estes dois órgãos do Poder Judiciário brasileiro também podem atuar na área do direito do consumidor. O Ministério Público atua em questões de interesse coletivo, e as Defensorias podem agir em casos mais graves que requeiram a entrada de ações judiciais, assumindo o papel necessário de advogado público do consumidor.

[*20] <http://www.portaldoconsumidor.gov.br/procon.asp?acao=buscar>

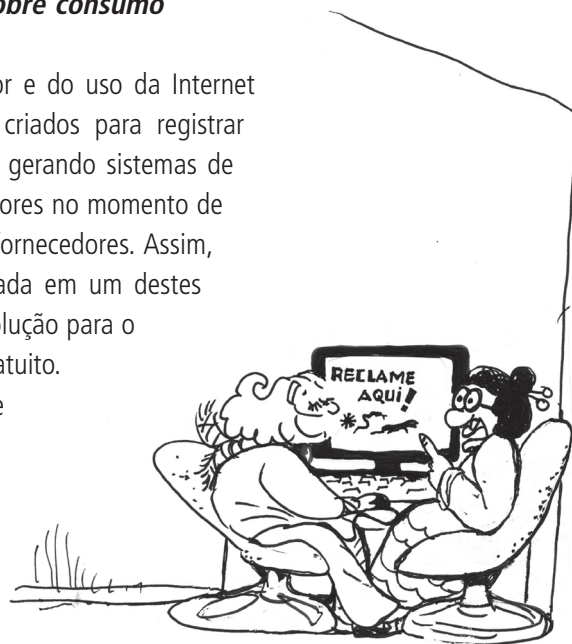
28.5) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC)

O IDEC é uma associação civil de consumidores fundada em 1987, sem fins lucrativos, e independente de empresas, governos ou partidos políticos. Os recursos financeiros para desenvolver seu trabalho têm sua origem nas contribuições dadas pelos seus associados, na vendas de assinaturas de sua principal publicação, a *Revista do Idec*, de outras publicações não regulares, além da realização de cursos. O IDEC também desenvolve projetos que recebem recursos de organismos públicos e fundações independentes, desde que não comprometam a independência do Instituto. Ele faz parte do Fórum Nacional das Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor, criado para fortalecer o movimento dos consumidores no Brasil, e da Abong (Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais). Realiza campanhas de interesse coletivo, como por exemplo, em 2014, contra medidas legais que pretendam retirar a necessidade de informar o consumidor sobre a presença de transgênicos nos rótulos dos alimentos, ou a favor de reaver a remuneração das poupanças que ficaram retidas nos planos econômicos antes do Plano Real, em 1994.

Contudo, uma das importantes contribuições do IDEC para o consumidor individual está em seu sítio na Internet [*21], onde apresenta orientações detalhadas, separadas por temas e problemas de consumo mais comuns, e vários modelos de carta e procedimentos legais para a luta pelos direitos do consumidor.

28.6) Sítios específicos da Internet para reclamações sobre consumo

Na medida do avanço da luta pelos direitos do consumidor e do uso da Internet como instrumento de defesa de direitos, vários sítios foram criados para registrar reclamações, com ampla visibilidade social. Estes sítios acabam gerando sistemas de avaliação dos fornecedores, que são consultados pelos consumidores no momento de tomar uma decisão, por exemplo, escolhendo entre diferentes fornecedores. Assim, muitas vezes, basta registrar uma reclamação bem fundamentada em um destes sítios para que a empresa responsável busque apresentar uma solução para o problema. Além disso, na maioria deles, postar reclamações é gratuito. Um exemplo dos mais antigos e efetivos sítios da Internet neste campo é o Reclame Aqui [*22], que vale a pena ser conhecido.



29) O Sistema Interamericano de Direitos Humanos e sua Corte (IDH)

Após os horrores da II Guerra Mundial, criou-se a Organização da Nações Unidas (ONU) e tivemos aprovada em 1948 a sua Declaração dos Direitos Humanos. Esta foi seguida logo depois pela aprovação de vários pactos e convenções entre os estados membros, inclusive a criação de organismos específicos em cada continente para implementarem a proteção dos direitos humanos em seus respectivos países. Embora já houvessem algumas tentativas anteriores de articulação entre as nações americanas, foi no contexto da criação da ONU, e também em 1948, que nasceu a Organização dos Estados Americanos (OEA). A Convenção dos Direitos Humanos da OEA de 1969 instituiu dois órgãos

[*21] <http://www.idec.org.br>

[*22] <http://www.reclameaqui.com.br/>

com competência de investigar violações aos direitos humanos: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, formada nos 1959-1960, e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), instituída em 1978, tendo a indicação da primeira corte de juízes no ano seguinte.

Esse sistema foi criado por países como os Estados Unidos, o Canadá, a Colômbia, o Chile e o Brasil, num período em que, contraditoriamente, muitos Estados latino-americanos viviam sob regimes ditatoriais e eram acusados de violações de direitos humanos. Esses Estados e outros do continente, então, se comprometeram a proteger os direitos humanos, por meio da assinatura de tratados e convenções, que são normas internacionais [*23]. Apesar desse compromisso, ainda hoje alguns destes mesmos Estados são os próprios responsáveis pela violação de direitos humanos de pessoas ou grupos. Se estas violações chegam à Corte IDH e são comprovadas, isso gera uma **condenação do país**.

A primeira condenação do Brasil, pela Corte IDH, foi por violação de direitos humanos de uma pessoa com transtorno mental!:

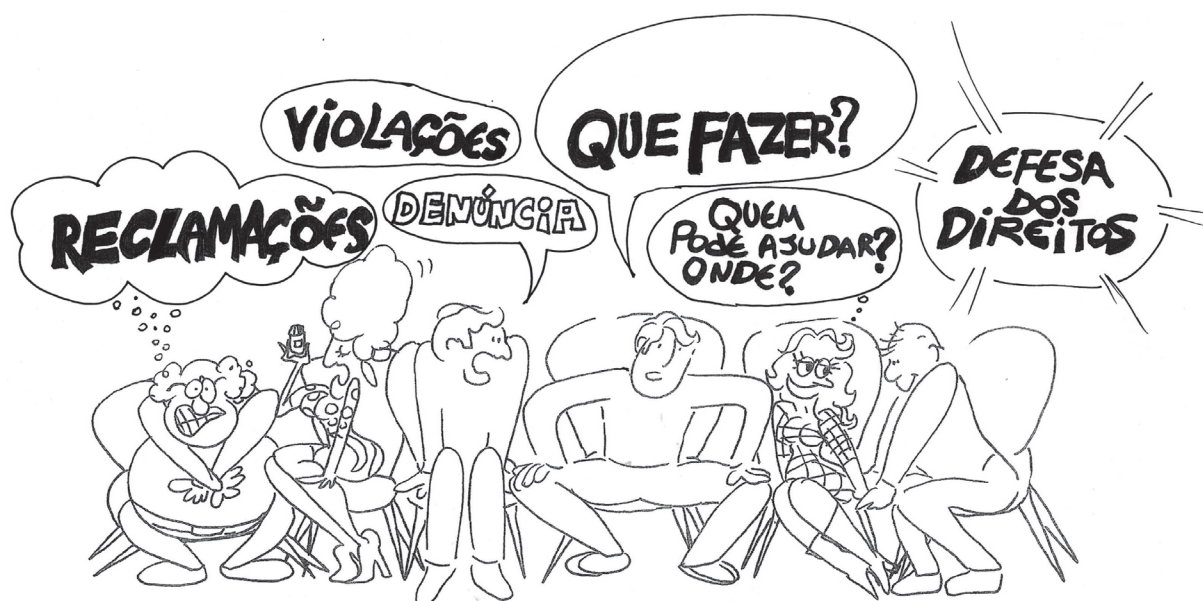
“A primeira condenação do Brasil proferida pela Corte IDH ficou conhecida como *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*. Em outubro de 2004, a CIDH submeteu à Corte IDH uma demanda contra a República Federativa do Brasil, em virtude dos alegados ataques de funcionários da Casa de Repouso Guararapes, clínica de tratamento psiquiátrico, credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Sobral, Ceará, em prejuízo de Damião Ximenes Lopes, deficiente mental, levando-o à morte. Em quatro de julho de 2006, foi proferida a sentença, condenando o Brasil pelas violações dos artigos 1.1 (Obrigação de respeitar os direitos) em relação ao artigo 4 (Direito à vida), 5 (Direito à integridade pessoal), 8 (garantias judiciais) e 25 (Proteção judicial) da Convenção Americana de Direitos Humanos. Entre outras medidas, o Estado deveria: a) garantir, em um prazo razoável, que o processo interno destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos deste caso surta seus devidos efeitos; b) publicar trechos da sentença no Diário Oficial ou outro jornal de ampla circulação; c) desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem, entre outros, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos na sentença; d) pagar indenização às partes lesadas. Em 2 de maio de 2008, em procedimento de supervisão de sentença, a Corte IDH emitiu uma sentença, declarando cumpridas as medidas de publicação e de indenização e declarando não cumpridas as demais medidas. Em 21 de setembro, também em procedimento de supervisão de sentença, mas numa outra resolução, as medidas remanescentes continuaram declaradas como não cumpridas. Por fim, na última resolução, de 17 de maio de 2010, da mesma forma, a Corte IDH decidiu manter o procedimento de supervisão com relação aos dois aspectos ainda considerados não cumpridos.” [*24]

[*23] São exemplos de documentos que compõem o Sistema Interamericano de Direitos Humanos e que o Brasil assinou:

- Convenção Interamericana para prevenir e punir a tortura (1985);
- Convenção Interamericana sobre o Desaparecimento Forçado de Pessoas (1994);
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) (1994);
- Convenção Interamericana para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (1999).

[*24] COIMBRA, Elisa Mara. Sistema Interamericano de Direitos Humanos: desafios à implementação das decisões da Corte no Brasil. *Sur*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 62-63, dez. 2013.

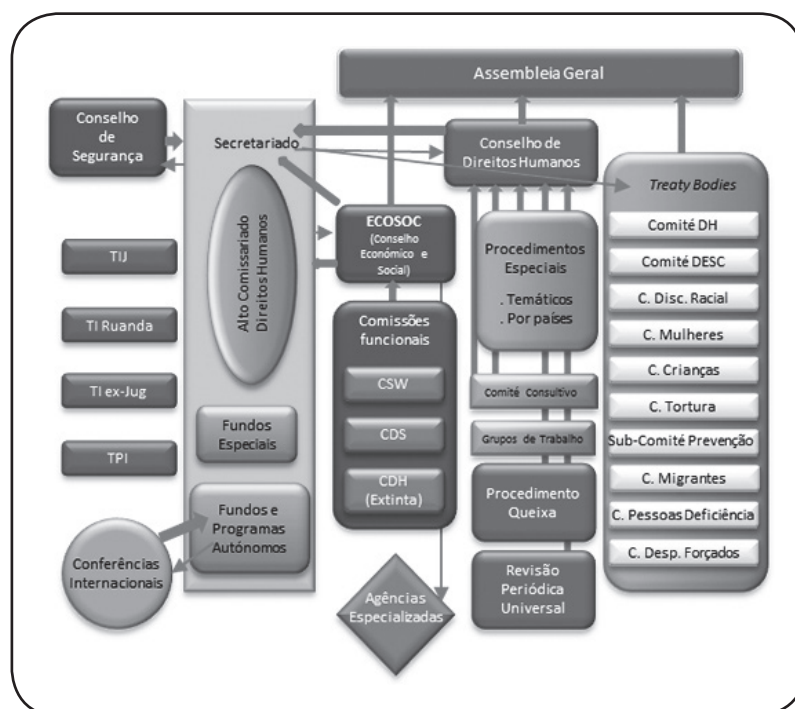
Assim, esses e outros sistemas internacionais objetivam ser mais uma instância de proteção dos direitos humanos dos cidadãos dos países que os compõem, caso a pessoa ou o grupo de pessoas não recebam respostas do Estado ou, ainda, por ser o próprio Estado o responsável pela violação aos direitos humanos. Por isso, depois de ter percorrido todas as instâncias nacionais competentes para resolver a questão, a Corte IDH pode ser acionada. Isso pode ser feito por entidade civis, quer pela(s) própria(s) vítima(s), o que é mais raro e difícil, porque haverá necessidade de auxílio jurídico. Assim, a petição é geralmente feita por intermédio de organizações sociais, como ONGs que têm experiência nessa área, tal como a Justiça Global e a Conectas, o que é o mais comum.



30) O Sistema Global de Proteção dos Direitos Humanos da ONU

As Nações Unidas também recebem queixas de problemas envolvendo direitos humanos apresentadas por qualquer pessoa. Assim como o Sistema Interamericano de Direitos Humanos e outros sistemas internacionais, o sistema global de proteção dos direitos humanos (ONU) objetiva ser mais uma instância de proteção dos direitos e liberdade fundamentais das pessoas. Em outras palavras, o Direito Internacional dos Direitos Humanos, aqui representado pelo sistema ONU, é um direito subsidiário e suplementar ao direito nacional. Não visa ser um substituto do direito nacional, mas sim mais uma ferramenta de garantia dos direitos humanos, que deverá ser buscada se e quando as instâncias nacionais de proteção desses direitos falham ou se omitem, como, por exemplo, o Poder Judiciário brasileiro.

Para se ter uma ideia do conjunto do Sistema de Direitos Humanos, é interessante consultar o Quadro 3, que apresenta o seu organograma. E a seguir, o Quadro 4 lista as convenções, pactos e protocolos que hoje sustentam a sua ação no campo dos direitos humanos. Mais abaixo, apresentaremos os principais órgãos que lidam mais diretamente com o campo.

Quadro 3: Organograma do Sistema de Direitos Humanos da ONU

Fonte: http://direitoshumanos.gddc.pt/5/VPAG5_2.htm

Quadro 4: Principais instrumentos de proteção geral e especializada dos direitos humanos da ONU

Instrumentos de Proteção Geral

Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos
 Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos
 Segundo Protocolo Facultativo contra a Pena de Morte
 Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

Instrumentos de Proteção Especial

Convenção para a Prevenção e a Repressão ao Crime de Genocídio
 Convenção Internacional contra a Tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes
 Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros de suas Famílias
 Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial
 Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher
 Convenção sobre os Direitos da Criança
 Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo

30.1) Corte Internacional de Justiça (CIJ)

É o principal órgão judicial do sistema das Nações Unidas (ONU). Todos os Estados que assinaram a Carta da ONU são membros da CIJ, que possui competência para atuar em conflitos internacionais, exceto nos conflitos de natureza política. Dentre suas responsabilidades estão a elaboração de pareceres sobre temas concretos, julgamento de casos e interpretar normas internacionais de modo a esclarecer seus significados.

30.2) Conselho de Direitos Humanos

Este tem os seguintes objetivos principais :

- debater sobre questões de direitos humanos;
- estabelecer a condenação por infrações que violem esses direitos;
- promover a educação e o ensino em direitos humanos e dar assistência técnica;
- implementar obrigações de direitos humanos;
- mapear o cumprimento dos direitos humanos no mundo;
- contribuir para a prevenção da violação de direitos humanos;
- trabalhar em cooperação com Estados, entidades e sociedades civis para a proteção aos direitos humanos.

Para subsidiar o Conselho e o Secretariado Geral do órgão, a estrutura ONU também prevê comitês específicos por temáticas, cuja lista é apresentada em seu organograma, no Quadro 4 acima.

30.3) O Tribunal de Justiça Internacional (TPI)

O TPI constitui a primeira corte criminal internacional permanente, instalada na Haia, Holanda. Foi criada pela comunidade internacional para combater a impunidade em casos que envolvem crimes supranacionais, assim entendidos aqueles que são praticados dentro das fronteiras dos países que aderiram ao Estatuto de Roma (que é um tratado internacional), mas que, pela sua gravidade, afetam a toda a humanidade. São *exemplos desses tipos de crimes*:

a) Crimes de guerra:

- destruição ou a apropriação de bens em larga escala, quando não justificadas por quaisquer necessidades militares e executadas de forma ilegal e arbitrária;
- o ato de compelir um prisioneiro de guerra ou outra pessoa sob proteção a servir nas forças armadas de uma potência inimiga;
- privação intencional de um prisioneiro de guerra ou de outra pessoa sob proteção do seu direito a um julgamento justo e imparcial;
- deportação ou transferência ilegais, ou a privação ilegal de liberdade; tomada de reféns).

b) Crimes contra a humanidade:

- extermínio;
- escravidão;
- deportação ou transferência forçada de uma população;
- tortura;
- agressão sexual, escravatura sexual, prostituição forçada, gravidez forçada, esterilização forçada;
- desaparecimento forçado de pessoas, cometidos no quadro de um ataque, generalizado ou sistemático, contra qualquer população civil, havendo conhecimento desse ataque;

c) Crimes de genocídio:

- homicídio de membros do grupo;
- ofensas graves à integridade física ou mental de membros do grupo;
- sujeição intencional do grupo a condições de vida com vista a provocar a sua destruição física, total ou parcial;
- imposição de medidas destinadas a impedir nascimentos no seio do grupo;
- transferência, à força, de crianças do grupo para outro grupo, praticado com intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo nacional, étnico, racial ou religioso.

No Brasil, o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional foi promulgado pelo Decreto n. 4.388, de 2002. No entanto, a própria Constituição Federal (art. 5º, § 4º) estabelece o reconhecimento das decisões de Tribunal Penal Internacional (TPI), órgão internacional do qual o Brasil é parte.

XXX

Para encerrar esta seção sobre o Sistema Global da ONU, é importante lembrar que é através das queixas individuais que os direitos humanos deixam de existir apenas no papel e passam a ter vida, significado concreto. Nas decisões sobre casos individuais, os tratados internacionais são diretamente aplicados, produzindo então os seus efeitos mais imediatos. A jurisprudência que se forma a partir dessas decisões pode orientar os Estados, as organizações não governamentais (ONGs) e as próprias pessoas na interpretação do atual significado dos textos internacionais, ou seja, os tratados e as convenções.

Para ajudar a(s) pessoa(s) interessada(s) em apresentar uma queixa individual perante a ONU, esse organismo internacional disponibilizou uma “Ficha Informativa” que orienta a pessoa, passo a passo, sobre como fazê-lo. Essa ficha pode ser encontrada em vários sítios da Internet [*25].

[*25] Sítios da Internet onde a ficha informativa de orientação da ONU está disponível:

http://www.dhnet.org.br/abc/onu/apresentar_queixa.htm

<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/queixa-violacao-dh/queixa-onu.html>

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/TBPetitions/Pages/IndividualCommunications.aspx#proceduregenerale>

31) Telefones úteis de serviços públicos ou de interesse social



Para finalizar este capítulo, montamos no Quadro 5 abaixo uma lista de telefones úteis, que deverá ser permanentemente complementada por todos e partilhada entre as pessoas, tanto para se recorrer em momentos difíceis, como para orientar outras pessoas. É recomendável fazer uma cópia, levá-la conosco e/ou deixá-la sempre ao alcance imediato.

Quadro 5: Telefones úteis de serviços públicos ou de interesse social

Disc Saúde	136 ou 160 ou 0800 282 7555
Ouvidorias das Prefeituras	1746 (cidade do RJ)
Corpo de Bombeiros	193
SAMU (dispositivo de remoção)	192
CVC (Centro de Valorização da Vida)	141
Defesa Civil	199
Ministério Público	127 ou 125
Defensoria Pública	129
INSS	135
Agência Nacional de Saúde	0800 61 1997
Polícia	190
Secretaria dos Direitos Humanos	100
Violência contra Crianças	181 ou 100
Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher	180
Disc Denúncia	181
Serviços de Emergência no Âmbito do Mercosul	128
Assistência a Dependentes de Agentes Químicos	132

Governo Federal	138
Justiça Eleitoral	148
Vigilância Sanitária	150
PROCON	151
DETRAN	154
Serviço Estadual	155
Serviço Municipal	156
Informações sobre ofertas de Emprego (Sine)	157
Delegacias Regionais do Trabalho	158
Atendimento aos Serviços Ofertados por Órgãos do Poder Judiciário	159
Atendimento a Denúncia por Órgãos da Administração Pública	161

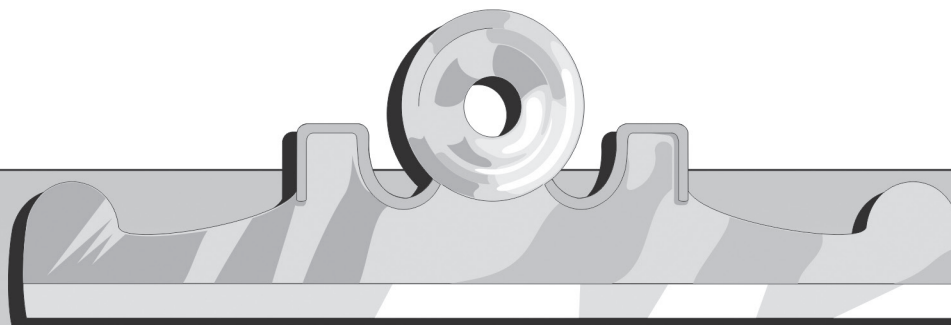
Serviços de Apoio a Telefone Fixo

Centro de Atendimento para a Intermediação da Comunicação para Portadores de Necessidades Especiais	142
---	-----

Outros Serviços Úteis

COMGÁS	0800 011 01997
Funerária	0800 555305
PREVPHONE (INSS)	0800 780191
Tele Cheque – Serviço de Atendimento	0800 111522
Correios	0800 5700100

Fonte: www.telefonica.net.br/sp/utilidadepublica/emergencia/htm



Tarefas:

1) Reúna os seus companheiros e amigos usuários e familiares, e antes mesmo de ler em conjunto seções deste manual, procure conhecer as experiências que eles têm de fazer pedidos e reclamações junto aos serviços de atenção psicossocial. Quais são as principais vivências, sentimentos e atitudes que eles relatam? São de timidez, descrença ou de desânimo? Eles demonstram algum receio de fazer reivindicações e reclamações, com medo de alguma represália? A partir deste levantamento inicial, faça agora a proposta de algumas reuniões de leitura e discussão das seções iniciais deste capítulo. Sugira que os trabalhadores e profissionais dos serviços que frequentam e em quem tenham alguma proximidade e confiança, também façam uma leitura destas seções, e depois discutam juntos o que é possível fazer para superar as dificuldades reconhecidas e o desânimo e/ou medo que constatarem na primeira conversa.

2) Faça agora uma pesquisa informal com as lideranças mais ativas de usuários e familiares que você conhece. Quais foram as principais estratégias e dispositivos listados aqui que eles já utilizaram? Quais foram as dificuldades, desafios e conquistas que eles tiveram? Eles identificaram alguma estratégia ou dispositivo que não foi apresentado aqui? Houve alguma experiência de estratégias e dispositivos de empoderamento dos usuários e familiares descritos neste capítulo? Eles relataram algum uso da Internet? Qual (is)?

3) Vocês conhecem alguma associação de usuários e familiares do campo da saúde mental e da atenção psicossocial? Se sim, peça a suas lideranças que façam relatos das principais lutas, reivindicações e campanhas que ela(s) já realizaram, as dificuldades encontradas e as formas de superá-las. Elas atuam nos conselhos de controle social? Já acionaram alguma ouvidoria? Como foi(ram) a(s) experiência(s)?

4) Você tem algum contato com projeto, ONG ou escritório de defesa profissional dos direitos no campo da saúde mental e da atenção psicossocial? Procure aprofundar este contato, ou investigar na Internet quais são as lideranças, os objetivos, a história, as formas de atuação destas entidades e as principais conquistas que já realizaram.



Tarefas:

5) No seu município, região ou estado, quais são os parlamentares que já contribuem ou são potenciais parceiros nas lutas por direitos no campo da atenção psicossocial? Há alguma comissão (direitos humanos, saúde, saúde mental etc) que seja relevante para as lutas do campo? Que temas e lutas já passaram por estas comissões e pela atuação dos parlamentares?

6) Procure agora conhecer quais órgãos do Poder Judiciário existem no município ou na região onde você mora que possam ser acionados nas lutas do campo da atenção psicossocial. Há algum interesse especial dos profissionais responsáveis pelo Ministério Público e Defensoria Pública local ou regional, pelo campo da saúde mental e da atenção psicossocial? Se não houver, procure sistematizar algumas ideias para sensibilizá-los para os temas do campo.

CAPÍTULO 7

Cuidados importantes antes de se encaminhar reclamações, reivindicações e denúncias



Como alertamos na seção final do primeiro capítulo, e também na seção introdutória do capítulo 6, **antes de qualquer ação individual ou coletiva**, é necessário **conhecer, discutir e tomar alguns cuidados importantes para melhor encaminhar nossos pedidos, reclamações, reivindicações, denúncias e campanhas**. Assim, para finalizar nosso manual, montamos este breve capítulo com uma série de recomendações importantes, para serem lidas, discutidas e para orientar a nossa prática individual, em grupo e as lutas dos movimentos sociais, de preferência antes da tomada de qualquer iniciativa de emergência.

1) Identificar quem são os nossos parceiros e companheiros de confiança e cumplicidade

A partir do momento em que entramos em um serviço de atenção psicossocial, e portanto antes de qualquer iniciativa, é preciso ir **aos poucos identificando quem são as pessoas mais experientes, que estão mais disponíveis e nos despertam mais confiança, sejam elas usuários, familiares, profissionais ou gestores**. Com elas, vamos trocando ideias no dia a dia, criando amizade, cumplicidade e suporte mútuo, expondo vivências e propostas, conhecendo e aprendendo com as experiências dos demais usuários e familiares. E vamos identificando aqueles profissionais e gestores mais próximos e sensíveis ao nosso jeito próprio e às nossas necessidades. Assim, eles são eleitos como **aliados e parceiros preferenciais de caminhada, com quem poderemos contar se tivermos algum problema ou emergência**.

2) Conhecer as relações e os estilos de exercício do poder, o nível de compromisso com a reforma psiquiátrica e os dispositivos de encaminhamento de demandas

Nessas conversas com nossos parceiros, é possível **ir gradualmente conhecendo melhor as relações de poder**, isto é, as diferenças entre as pessoas e os cargos, em termos de responsabilidades, funções variadas, e **os vários tipos de poder** para tomar decisões e comandar as pessoas, tanto nos serviços como na gestão da rede de atenção psicossocial. Existem também **diferentes níveis de compromisso ou engajamento com os valores e com as lutas da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial**, ou às vezes, pelo contrário, até mesmo de franca oposição a eles. Temos também as **formas e estilos de se exercer este poder**. Há desde pessoas, profissionais e gestores que exercem o poder que lhes é conferido de forma democrática, colegiada e participativa, até outros que o fazem de forma autoritária e solitária. Os primeiros são muito mais fáceis de se lidar. Ademais, **muitas instituições não só toleram, mas também podem fomentar o estilo autoritário**; e outras, pelo contrário, desenvolvem mecanismos eficazes para prevenir que estas práticas aconteçam. Entre estas últimas, aquelas que o fazem por meio do estímulo à participação e democracia interna, são as melhores.

Além disso, é necessário **ir conhecendo na prática os melhores locais, estratégias e dispositivos disponíveis para expor nossos pedidos, reclamações, protestos, denúncias**, e para encaminhar reivindicações, propostas etc, tais como os descritos no sexto capítulo.

3) Nas questões do dia a dia dos serviços, esgotar primeiro os canais mais simples e próximos de resolução de problemas



Quando se trata de questões cotidianas nos serviços, ou seja, quando não existem violações graves dos direitos, é sempre bom começar e **esgotar primeiro aqueles canais mais simples e ao alcance de todos, para ir aos poucos chegando nos dispositivos mais complexos e trabalhosos**. Em outras palavras, no dia a dia, é recomendável conversar primeiro com os profissionais de referência, ou nas assembleias gerais dos serviços, ou nas

associações locais de usuários e familiares, seguindo as formas mais convencionais de resolução de problemas ou de conflitos. **Apenas se estes dispositivos não forem suficientes para o encaminhamento de soluções para o problema, aí sim devemos partir para as instâncias com maior poder.** Se um usuário ou familiar leva as suas reivindicações e denúncias diretamente para as instâncias mais elevadas, sem motivos e sem esgotar os canais competentes mais próximos, ele pode perder o apoio dos trabalhadores, ou da família, ou das instâncias mais próximas que foram ignoradas, e pode sofrer alguma forma de discriminação ou até mesmo retaliação por parte deles.

Em síntese, na rede de atenção psicossocial, devemos respeitar as hierarquias que existem dentro dos sistemas institucionais, ou seja, à medida que vamos esgotando cada uma das instâncias, sem conseguirmos uma solução satisfatória para a questão, vamos avançando para outras, imediatamente superiores.

4) No caso de abusos e violações, buscar primeiro suporte e orientação qualificada

Muitas vezes, uma injustiça ou violação, ou a constatação imediata de situações abusivas cotidianas marcadas pelo sofrimento, podem nos deixar tão indignados, que a primeira coisa que vem na cabeça é querer fazer logo uma denúncia em uma delegacia. Um exemplo é o de uma mulher que nos conta sofrer atos de mal tratos em casa, pelo seu companheiro. No entanto, a experiência demonstra que uma denúncia formal, sem a devida orientação profissional e cuidados prévios, como medidas de proteção para a vítima e apoio da rede familiar e da rede psicossocial, pode gerar ainda mais violência imediata para esta mulher. Estes cuidados prévios incluem fazer uma **previsão das reações da pessoa denunciada e as chamadas** medidas protetivas, como a saída do lar para um lugar seguro, como a casa de um amigo, parente ou até uma casa abrigo. Se houver a denúncia sem estes cuidados, e se a pessoa volta para casa, o denunciado, ao saber do ocorrido, tende a aumentar ainda mais a violência física, psíquica e/ou sexual, possivelmente com maior gravidade.

Um outro exemplo comum na atenção psicossocial é quando uma pessoa com transtorno ou com problemas decorrentes do uso de drogas, que em geral têm conflitos dentro da família, **toma uma decisão impulsiva e impensada** de fazer críticas públicas ou mesmo denunciar seus familiares por discriminação ou maus tratos, sem antes esgotar os mecanismos de negociação e mediação. Neste campo, os serviços de atenção psicossocial e seus trabalhadores têm um papel importante a desempenhar, e os usuários devem utilizá-los. A reação dos familiares a este tipo de denúncia impulsiva normalmente não gera violência, mas pode desestimular muito ou mesmo bloquear o apoio e o suporte que o usuário ainda tem da família.

Em todas estas situações, mesmo envolvendo violações claras aos direitos humanos e fundamentais da pessoa, como apresentamos principalmente nos capítulos 1 e 4, é sempre importante **buscar primeiro a orientação de pessoas com mais experiência e de sua confiança, bem como de profissionais, antes de encaminhar uma denúncia formal na instituição, na mídia ou de fazer uma denúncia em uma delegacia ou na justiça.** Os profissionais dos serviços de atenção psicossocial mais próximos, disponíveis e de confiança, como vimos acima, são pessoas chaves para uma primeira orientação neste sentido. Mesmo quando a(s) pessoa(s) envolvida(s) corre(m) algum risco para sua saúde ou segurança pessoal, nem sempre a denúncia imediata pode mobilizar imediatamente as medidas



adequadas de proteção. Assim, em todos estes casos, é preciso buscar primeiro uma orientação qualificada, por parte de uma pessoa mais experiente ou de um profissional da rede de atenção psicossocial, ou nos serviços de orientação das demais políticas sociais.

De qualquer forma, e isso é importante lembrar, **buscar ajuda não significa esperar para tomar uma iniciativa**. Nas situações que envolvem risco, é preciso agir rapidamente, **buscando imediatamente a orientação**, particularmente quando estão envolvidas pessoas com alguma forma de fragilidade, tais como crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com transtorno mental ou com necessidade decorrentes de uso problemático de drogas.

5) Avaliar os riscos, as evidências disponíveis e as consequências dos diversos tipos de denúncias de violações graves

Particularmente quando a situação apresenta riscos à integridade física e psicológica que fragilizam ainda mais a pessoa, é preciso buscar logo orientação e realizar uma ação rápida, como já indicamos. Como vimos no capítulo 6, as possibilidades passam primeiro pelos serviços de disque-denúncias (que podem ser anônimos ou não), o Conselho Tutelar, o Corpo de Bombeiros, a polícia ou até mesmo uma denúncia na delegacia local, ou na delegacia especializada da criança e do adolescente, de idosos ou na delegacia da mulher.

Os encaminhamentos aos **serviços de disque-denúncia**, que normalmente são anônimos e vão implicar em averiguação por parte das próprias autoridades, são mais simples e com menor risco. Contudo, podem demorar um pouco mais, e a rapidez de sua intervenção depende muito do comprometimento e disponibilidade dessas autoridades para fazê-lo. No final do capítulo 6, apresentamos uma **lista de telefones** úteis, e é recomendável fazer uma cópia, levá-la sempre conosco e/ou deixá-la ao alcance imediato.



Nos demais casos, como vimos no final do primeiro capítulo, quando o autor da denúncia assume todas as responsabilidades pelo ato, é sempre bom buscar se informar e buscar orientação primeiro com os profissionais e/ou as autoridades, levantando as alternativas existentes para o caso. De qualquer forma, é importante **reunir o maior número de provas, para convencer a polícia ou a justiça do risco iminente ou do sofrimento já causado**. Ou ainda, existe a possibilidade de planejar com a autoridade a criação de um **flagrante**, ou seja, a constatação da situação de violência ao vivo, por ela própria. Quando há violência física que deixa marcas, e quando não for necessária

uma intervenção médica imediata, a ida a uma delegacia para fazer uma queixa deve ser acompanhada imediatamente por um exame físico do corpo, chamado de **exame de corpo de delito**, para constatar as consequências físicas da agressão. Nestes casos, o registro da queixa e este exame devem ser imediatos, pois esperar o dia seguinte, lavando e cuidando do corpo, pode mascarar o nível de agressão e de violência ocorrida.

Além disso, é preciso também **identificar e garantir testemunhas** (pessoas de confiança que viram os fatos e que sejam corajosos para sustentar seu testemunho na polícia ou na justiça). Da mesma forma, é necessário **juntar os possíveis documentos, formas de registro e provas dos acontecimentos** (exames médicos, fotos, mensagens e dados de Internet e redes sociais, filmes e gravações com telefones celulares) que possam ajudar a provar o que realmente ocorre ou já aconteceu. Hoje, os **celulares** se tornaram ferramentas importantes e acessíveis de provas, por que a maioria deles possuem câmeras fotográficas, gravadores de áudio e de vídeo. Assim, vale a pena ficar conhecendo como operar rapidamente estes dispositivos no celular, e como guardar logo depois este material digital em um computador ou sítio seguro na Internet, para que ele possa ser recuperado em caso de perda do celular.

Nestas situações mais delicadas, antes de se fazer a denúncia, é necessário avaliar com cuidado a possibilidade de **retaliação direta** (reação violenta por parte da pessoa que está sendo acusada, para com as pessoas que a denunciaram). A reação também pode vir depois, na justiça, por meio de processo de **danos morais**, na medida em que a denúncia pode significar danos à imagem e/ou perdas financeiras para o acusado. Nestes casos, há algumas estratégias para proteger a pessoa que faz a denúncia, como o **Programa de Proteção a Testemunhas**, mas é preciso observar se ele existe na sua cidade e se está funcionando bem.

As **formas de violência psicológica ou mistas, que muitas vezes não deixam marcas**, exigem ainda mais os vários tipos de cuidados e provas indicados acima. Isso é importantíssimo, para que a pessoa denunciada não possa dizer que quem acusa está fazendo **injúria**, revertendo a denúncia e exigindo reparação. Por isso, quando não há marcas visíveis da violência, é preciso buscar orientação de amigos(as) de confiança e principalmente, de profissionais.

6) Conhecer e avaliar as estratégias comunitárias, sociais e institucionais já existentes, de enfrentamento das violações aos direitos humanos

É importante lembrar que já existem **estratégias comunitárias, sociais e institucionais de enfrentamento das violações dos direitos humanos e fundamentais da pessoa**, algumas já indicadas no primeiro capítulo.

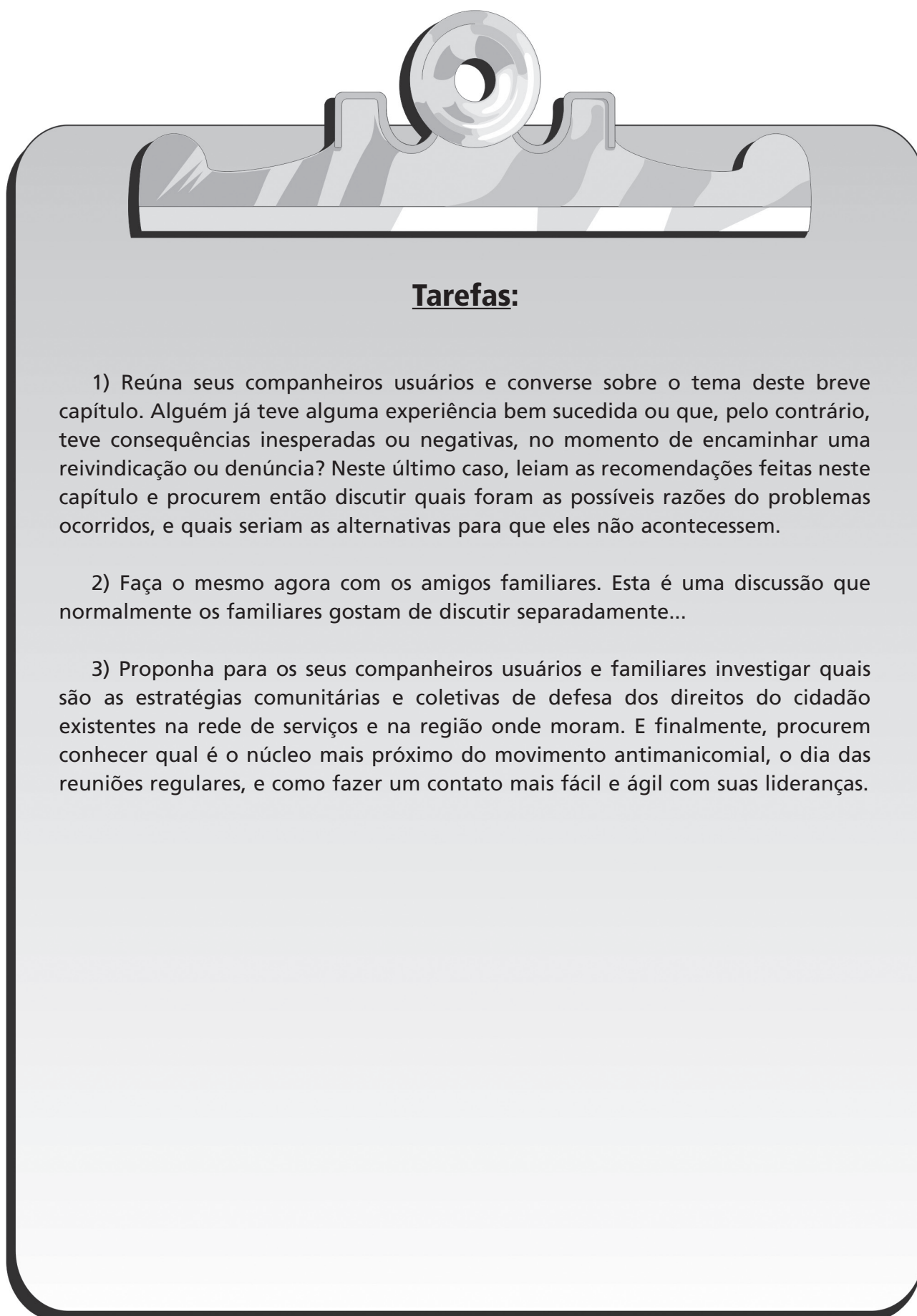
Um exemplo delas é o **apitaco**: o movimento comunitário ou os grupos de mulheres combinam previamente que quando uma mulher gritar por estar sofrendo violência doméstica, as vizinhas devem sair para as janelas e portas usando seus apitos no máximo volume. No Estado do Espírito Santo, as delegacias especializadas colocam à disposição das mulheres e mães ameaçadas um dispositivo eletrônico chamado **botão de emergência**. Quando acionado, em caso de agressão iminente, o aparelho não só chama imediatamente a polícia, que localiza a pessoa por rastreamento de satélite (GPS), como também começa uma gravação de áudio do que está acontecendo, criando automaticamente uma prova contra o agressor.

Além disso, as experiências existentes de **policimento comunitário** e **polícia pacificadora**, bem como dos **demais programas urbanísticos, sociais e de direitos humanos que devem ser implementadas conjuntamente**, devem ser também discutidas e avaliadas, para se evitar os possíveis problemas e abusos, e para se manter formas participativas de controle por parte da população organizada.

7) Manter sempre o contato e/ou participar do movimento antimanicomial



Como descrevemos acima, o movimento antimanicomial constitui o principal movimento social brasileiro que vem levando a frente as lutas pela reforma psiquiátrica e pela defesa dos direitos dos usuários, familiares e trabalhadores na atenção psicossocial. Em suas reuniões, sempre se discute as reivindicações, as denúncias, e as melhores formas de encaminhá-las. Neste sentido, **o movimento antimanicomial constitui a melhor "escola" para se aprender, na prática, como lutar pela defesa dos direitos do usuários, familiares e trabalhadores da rede de atenção psicossocial, pelo avanço na política e na qualidade dos serviços de saúde mental e drogas.**





Apêndice I

Metodologia e princípios que orientaram a construção deste manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas

Eduardo Mourão Vasconcelos



1) Apresentação

Constituímos uma equipe de trabalho do **Projeto Transversões**, um projeto integrado de pesquisa e extensão voltado para o tema da saúde mental e das abordagens psicossociais, criado em 1996, e lotado institucionalmente na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Desde então, temos nos dedicado:

- ao ativismo no movimento antimanicomial e de reforma psiquiátrica;
- à produção de consultorias a serviços, coordenações de saúde mental e demais instituições do Estado e da sociedade civil comprometidas com tal perspectiva;
- à pesquisa e produção de conhecimento para o campo da saúde mental e atenção psicossocial;
- à formação de profissionais para as equipes interdisciplinares deste campo;
- à capacitação de usuários e familiares do campo para assumirem um papel mais ativo na vida, na assistência e na política de atenção psicossocial.

Neste já longo percurso de trabalho, temos privilegiado desde o início o tema do protagonismo, participação, organização e empoderamento dos usuários e familiares do campo da saúde mental e da atenção psicossocial em geral, o que vem gerando inúmeros artigos e publicações.

A partir deste ativismo e de suas publicações, a **Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde**, naquele momento tendo como coordenador o Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, demonstrou interesse em celebrar um convênio com a Escola de Serviço Social da UFRJ, que permitisse ao Projeto Transversões desenvolver alguns projetos nesta linha do empoderamento dos usuários e familiares, o que foi formalizado em 2009/2010. Dentre uma lista de cinco projetos diferenciados, estava a proposta de se produzir uma publicação oficial, uma **cartilha nacional, em linguagem popular, sobre direitos dos usuários e familiares no campo da saúde mental**.

Em todos os nossos projetos de interesse público, temos como princípio sistematizar e divulgar os princípios éticos, políticos e metodológicos que orientaram a produção de nossos estudos e textos. Em primeiro lugar, por que consideramos que todo conhecimento humano e seus autores, particularmente no campo das ciências humanas e sociais, são inteiramente atravessados pelos processos, contradições e conflitos éticos, políticos, econômico/sociais, legais, étnicos, existenciais/subjetivos e de gênero de seu tempo, e que cabe explicitar claramente os pressupostos e valores que orientaram nossas intervenções e produção acadêmica e profissional. Em segundo, por que as opções metodológicas que tomamos são inteiramente marcadas por este contexto e pela tentativa de ser coerentes com os princípios que nos inspiraram, e que nos cabe oferecer todos os elementos necessários para que o leitor possa julgar isso, como uma dimensão inerente a sua própria avaliação do conhecimento produzido. Em terceiro, por que achamos que publicações deste tipo devem ser multiplicadas em nosso país e no mundo, para permitir o avanço da reforma psiquiátrica e das lutas antimanicomiais que valorizam o protagonismo dos usuários e familiares, e para isso nos cabe democratizar também o conhecimento sobre como produzi-las. Portanto, este apêndice visa apresentar o processo de construção desta publicação, em suas várias fases e dimensões de trabalho, em seus objetivos, concepção e princípios ético-políticos, opções metodológicas, conteúdo temático, escolhas quanto ao estilo de redação e validação, e em seu projeto gráfico.

2) A formação da equipe responsável por este manual

Para a produção desta publicação, a equipe foi montada primeiramente com pesquisadores de dentro do Projeto Transversões, já identificados com os objetivos e com experiência de ativismo com usuários e familiares do campo. A escolha de Jeferson Rodrigues, Girlane Peres e Rosaura Braz, já devidamente apresentados no texto de introdução deste manual, foi natural, pelo compromisso e engajamento prévio com o campo e suas temáticas. Por exemplo, Jeferson é um conhecido ativista do movimento antimanicomial, e tem uma boa caminhada de experiência e estudos sobre a formação política de usuários no campo da atenção psicossocial. Girlane, além de psicóloga, tem experiência no campo da assistência social e da psicoterapia de família. Por sua vez, Rosaura tem uma já longa militância no movimento antimanicomial, e sempre se destacou entre nós pela experiência e por um olhar particularmente sensível para os interesses e direitos dos familiares do campo.

No entanto, precisávamos de um jurista com forte familiaridade com a saúde mental, e a escolha de Luciana Barbosa Musse foi fundamental para esta tarefa. Como psicóloga graduada, jurista, pesquisadora e professora já reconhecida no campo do direito aplicado ao campo da saúde mental, publicou em 2008 um livro que hoje é referência para estudos no campo: *Novos sujeitos do direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*, publicado pela Editora Elsevier, do Rio de Janeiro. Podemos dizer que a entrada da Dra. Luciana elevou significativamente o patamar de qualidade e rigor de nosso trabalho de pesquisa e escrita.

Como moradores de diferentes cidades do país, a dinâmica do trabalho utilizou-se de correio eletrônico regular e de reuniões não presenciais em tempo real, com uso do programa Skype.

3) Fases e dimensões da construção deste manual

Para a produção desta publicação, fomos estabelecendo gradualmente as seguintes fases e dimensões do trabalho:

a) Revisão da literatura especializada: foram identificadas, adquiridas ou acessadas as principais publicações e trabalhos sobre o tema, na forma de livros, artigos em periódicos, teses, dissertações, etc. Foi realizada uma leitura destes trabalhos, identificando sua relevância e montando-se um mapa dos principais núcleos temáticos. Os principais textos foram objeto de uma discussão detalhada. A lista de principais títulos é fornecida como um novo apêndice, a seguir.

b) Levantamento e avaliação das cartilhas e manuais similares já publicados e disponíveis no Brasil, além de algumas internacionais, cuja lista é apresentada em outro apêndice. O objetivo foi traçar o perfil das publicações já existentes, avaliando suas qualidades e limitações, discutindo a necessidade e a relevância de uma nova publicação sobre o tema, e estabelecendo os possíveis elementos e características diferenciadoras e necessárias da presente obra. Nesta época, ainda não tínhamos claro o perfil da publicação que iríamos gerar, por exemplo, se mais na linha de uma cartilha simplificada ou de um manual mais completo. Especial atenção foi dada ao estilo de redação e aos projetos gráficos das publicações existentes, não só nesta área temática, como também em outras publicações de divulgação científica, para se poder mapear as várias possibilidades de formatação e redação, e chegar à proposta mais adequada e coerente com os objetivos da presente publicação.

c) Mapeamento e revisão dos documentos oficiais, da legislação relevante, dos principais níveis e tipos de direitos e do leque de temas e questões relevantes: esta etapa permitiu estabelecer os núcleos temáticos que levaram à definição dos capítulos do manual, mas o tema constituiu na verdade um objeto de discussão permanente durante toda a pesquisa e montagem de cada capítulo, com listagem dos direitos mais relevantes e a indicação daqueles que constariam da publicação. Neste processo, também foram colhidas diversas sugestões temáticas entre lideranças de usuários e profissionais. Na medida do avanço do trabalho, fomos constatando a amplitude e complexidade do nosso objeto de estudo, e tomamos a decisão de realizar um enorme esforço no sentido da **exaustividade temática e normativa**, procurando incluir todas as questões consideradas relevantes para assegurar os direitos fundamentais, os direitos humanos e os direitos sociais dos usuários e familiares no campo da atenção psicossocial. Dada a amplitude da temática, foi estabelecido um **limite rigoroso no nível de aprofundamento**, ou seja, no volume de informação e detalhamento possível de ser inserida no texto, compatível como público leitor médio que estabelecemos, como indicado mais abaixo. Mesmo assim, a opção de tentar buscar a exaustividade temática e normativa ampliou enormemente a inclusão de temas, em um processo difícil de colocar limites, pois a toda hora novas dimensões de cada assunto emergiam. Isso estendeu muito o cronograma de trabalho, mas ao mesmo tempo possibilitou a nós e aos leitores ter uma visão bastante ampliada do campo psicossocial e de sua interação com o campo do direito.

d) Acompanhamento rigoroso das mudanças na concepção geral, nas normas jurídicas e na terminologia do campo durante o processo de montagem da publicação: **tanto o contexto como a própria política de saúde mental e drogas tem passado por mudanças profundas durante a produção deste manual**, no período de 2010 a 2014. O tema e o debate sobre as drogas ilícitas e particularmente sobre o crack ganhou destaque na sociedade, no debate parlamentar, na imprensa e nas diversas agências governamentais envolvidas com a política de drogas, e gerou uma mudança profunda na concepção geral da até então denominada rede de saúde mental, para uma maior integração com a atenção básica de saúde e particularmente com os serviços e dispositivos voltados para os usuários de drogas. Assim, **a concepção geral dos serviços e a terminologia mudaram**, e dois exemplos importantes disso são as próprias noções de “rede de atenção psicossocial”, e as “pessoas com necessidades decorrentes do uso álcool, crack e outras drogas”. A Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, constituiu

a principal normatização desta mudança, mas foi precedida e seguida por várias outras, que o leitor pode acompanhar na leitura deste manual. Acreditamos que estas mudanças ainda estão em curso no momento atual, em 2014, e que qualquer iniciativa futura de atualização desta publicação, ou de novas publicações deste tipo, deverão estar bastante atentas a esta dimensão.

e) Atenção aos desafios da interação interdisciplinar entre os campos do direito e da atenção psicossocial: a maioria da equipe já estava razoavelmente familiarizada com a importância da abordagem interdisciplinar¹ e para lidar com a vasta temática dos campos da política social, da saúde mental e da atenção psicossocial. No entanto, o desafio de pesquisar e escrever sobre os atravessamentos destas áreas de conhecimento com o direito, objeto central da presente publicação, significou em enorme esforço complementar. Luciana Barbosa Musse teve o cuidado permanente de nos alertar para o rigor necessário ao lidar com as ideias e concepções fundamentais do campo jurídico, bem como com sua terminologia própria. O texto introdutório sobre as características básicas e hierarquia das normas jurídicas, bem como a importância das citações dos textos legais ao longo do manual, são exemplos deste cuidado. Além disso, ela foi fundamental também para o reconhecimento devido da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, promulgada pelo Decreto 6.949 de 2009, citada várias vezes neste manual, dado ter o mesmo *status* jurídico e a força das normas da nossa Constituição Federal.

f) Pesquisa e exercícios exploratórios das diferentes possibilidades de estilo e projetos gráficos do novo texto: realizamos exercícios exploratórios de redação em diferentes estilos, utilizando-se textos formais e linguagem poética, para verificar a possibilidade real de inovar também neste campo, bem como uma pesquisa de diferentes estilos de ilustração em cartilhas populares. A decisão por Henrique Monteiro da Silva foi unânime, em primeiro lugar pelo fato de ser também um usuário da saúde mental, que tem contato ou vive na própria pele algumas das situações ilustradas, e um artista engajado em projetos da luta antimanicomial, mostrando a possibilidade real de empoderamento de um usuário do campo. Em segundo, pela qualidade técnica de seu trabalho, pela simplicidade do traço e pela expressividade dos personagens criados. O projeto gráfico mais inspirador para a construção desta publicação foi uma série de livros de divulgação científica patrocinada pela Associação Brasileira de Pediatria, para orientação de pais (Associação Brasileira de Pediatria - *Filhos: da gravidez aos 2 anos de idade*. Barueri (SP), Ed. Manole, 2009, vol 1 e seguintes)

g) Estabelecimento da estrutura mais geral do presente manual, das linhas gerais do estilo de redação e projeto gráfico definitivo, bem como planejamento dos dispositivos de avaliação, validação e revisão: nesta fase, a partir da fase [b] acima, estavam previstos:

- a estruturação definitiva dos núcleos temáticos e de seus respectivos capítulos e seções, com distribuição do trabalho entre os membros das equipes para se construir uma primeira versão de cada um deles;
- o estabelecimento definitivo das diretrizes do estilo de redação, cujos princípios orientadores são indicados mais abaixo, e do projeto gráfico, incluindo os desenhos;
- a previsão de cuidados contínuos com a linguagem e os conceitos mais adequados do ponto de vista ético e político, para se referir aos fenômenos e particularmente às pessoas envolvidas, em um campo fortemente marcado pela discriminação e pelo estigma;
- o estabelecimento dos dispositivos de avaliação e validação, que consistiu na leitura balizadora por “leitores críticos”, do seguintes tipos:

¹ O livro *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa* (Petrópolis, Vozes, 2002), de autoria do coordenador do presente projeto e publicação, constitui leitura fundamental para embasar este tipo de estudo e intervenção.

- + profissionais de saúde mental engajados em serviços de saúde mental já polarizados pelo processo de reforma psiquiátrica;
- + militantes do movimento antimanicomial, incluindo usuários, familiares e profissionais, individualmente ou em grupo;
- + usuários e familiares comuns de serviços de atenção psicossocial;
- + consultores especializados no tema, como professores universitários, advogados e membros do Poder Judiciário e do Ministério Público.

Além disso, cada capítulo deveria também passar por uma série de novas discussões e revisões coletivas e individuais por parte dos membros da equipe.

h) Escrita, avaliação, validação e revisão das primeiras versões de cada capítulo: na medida em as primeiras versões de cada capítulo foram sendo escritas, seguiu-se as etapas indicadas acima para avaliação, validação e revisão do texto. Algumas vezes, tivemos desafios e impasses, novas pesquisas e redação de textos provisórios, com nova rodada de leitura crítica por outros leitores críticos e consultores. Todas as críticas e sugestões feitas neste processo de avaliação e validação foram discutidas pela equipe, e decididas por consenso. Além disso, neste mesmo processo, foram sendo colhidas e consensuadas as sugestões para os desenhos e para os blocos de textos conceituais ou de denúncias/eventos. Podemos dizer que os capítulos com questões estilísticas mais abertas, como o primeiro, ou com temas mais complexos e polêmicos, como o quarto, tiveram cerca de 20 a 30 versões até chegar à forma final apresentada aqui.

i) Revisão, desenhos, identidade visual, digitação e demais etapas da produção: na medida da produção das primeiras versões de partes do texto, foram sendo desenvolvidos o processo de revisão final do texto, revisão final e produção dos desenhos, editoração, com as seguintes fases:

- revisão final dos textos já avaliados e consensuados;
- revisão final das indicações para os desenhos;
- produção dos desenhos de forma discutida e presencial com o ilustrador Henrique Monteiro dos Santos;
- criação definitiva da identidade visual e editoração dos primeiros textos;
- revisão do processo de editoração;
- montagem da arte final dos textos e da capa.

4) Diretrizes para o estilo de redação e projeto gráfico

4.1) Público leitor, interlocutor privilegiado e tipos de leitura

Por estas palavras, queremos dizer as pessoas imaginárias em quem deveríamos pensar no momento de escrever o texto, dirigindo e balanceando as características de nosso discurso para elas.

Neste trabalho, visamos principalmente atingir **usuários e familiares já integrados em um serviço de saúde mental há algum tempo, de origem popular, alfabetizados, e com capacidade de leitura e interpretação de textos básicos**. Já existem no país outras cartilhas mais simples, para usuários e familiares “iniciantes” ou recém chegados nos serviços, e este não constituiu o nosso público privilegiado. O objetivo de privilegiar o público definido

acima foi produzir um texto que servisse de apoio para a conscientização dos direitos, a reflexão sobre os deveres e como subsídio às lutas cotidianas de conquista dos direitos. Sabemos que **a maioria dos usuários e familiares da atenção psicossocial terão um vínculo de longo prazo com os serviços da rede**, e gostaríamos de oferecer uma sistematização que possibilitasse um **material de base para discussões regulares nos dispositivos grupais dos serviços ou até mesmo em cursos de direitos, de conselheiros para o controle social do SUS ou de formação política**, com crescimento gradual da compreensão crítica das questões envolvidas e das estratégias de ação, desde as mais simples, no dia a dia dos serviços, até as mais complexas junto ao Poder Judiciário. Além disso, a publicação poderia servir também de **fonte para consultas avulsas, individual ou coletiva, sobre temas específicos e esporádicos**, na medida da necessidade, e para isso, seu sumário deveria ser o mais possível detalhado, para facilitar a localização dos temas desejados.

Apesar de nos balizarmos por um público com alguma capacidade de leitura e discussão, o estilo discursivo escolhido e particularmente os desenhos deveriam democratizar e ampliar ao máximo a faixa de público e a compreensão do texto do manual.

No entanto, ao longo do tempo, quando passamos a entregar os capítulos para os demais leitores críticos, percebemos, pelos comentários que recebemos, que a sistematização mais exaustiva do campo que estávamos construindo seria também de **grande interesse também para os trabalhadores, profissionais e gestores da rede de atenção psicossocial**. No contexto atual de sucateamento dos serviços e de terceirização dos trabalhadores da rede, acreditamos que este manual pode ser particularmente útil para **a grande maioria de trabalhadores que vem chegando mais recentemente nos serviços, e sem contato direto com a experiência mais longa de lutas dos movimentos de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial**.

Já na fase final do trabalho, ao mostrar uma primeira versão do texto já impressa, com as ilustrações já inseridas, fomos percebendo com satisfação que a obra finalizada contemplava **vários tipos de aproximação, manuseio e leitura**. Pudemos constatar pelo menos quatro tipos:

a) um primeiro tipo, que segue linearmente o texto principal, com pouquíssimas interrupções para os blocos com explicações conceituais, exemplos ilustrativos e textos legais;

b) um segundo, mais global e diversificado, que inclui também os leitores que precisam repassar os fundamentos básicos e normativos, e que então possibilita explorar regularmente os blocos de conceitos, eventos e textos legais, gerando então uma leitura mais lenta e recortada, mas mais abrangente e multifacetada;

c) um terceiro tipo, mais disperso e superficial, do tipo “surfagem” no texto, similar ao da leitura de revistas ilustradas ou textos infantis, possibilitando explorar seletivamente apenas os desenhos, ou também os blocos de textos e exemplos, e que é realizada por leitores com pouco tempo ou com baixa ou baixíssima capacidade de concentração;

d) um quarto tipo, interessado em temas particulares. Assim, este leitor vai ao sumário, localiza um tema de seu interesse, e inicia uma leitura específica sobre ele.

4.2) Características do estilo de redação e identidade visual: a busca da maior acessibilidade e compreensibilidade possível para o tipo de público leitor escolhido

Para aumentar a acessibilidade do texto, sintetizamos as seguintes regras para orientar a produção de nossos textos:

- frases curtas, com padrão ideal em três ou no máximo quatro linhas em Word, fonte Times New Roman 12;
- privilégio da ordem gramatical direta (sujeito, verbo e predicado);
- tentativa de colocar em cada frase uma única ideia simples;
- não uso de parágrafos longos, observando-se bem a unidade temática e criando-se novos parágrafos com os desdobramentos de sub-temas associados;
- uso de blocos de textos indicados graficamente, com explicação para os conceitos e termos técnicos principais não imediatamente compreensíveis ou desconhecidos pelo público privilegiado;
- uso de blocos de texto contendo denúncias, fatos e eventos curtos, também indicados graficamente, que exemplifiquem e ilustrem o que está sendo dito no texto principal;
- uso constante, ao longo de todos os capítulos, de desenhos expressivos orgânicos à temática desenvolvida no texto, com ênfase na expressividade e no humor, e para isso, o conteúdo de cada desenho e o momento de inserção devem ser discutidos e planejados previamente. A revisão da editoração deve estar atenta para que o desenho não se distancie do núcleo temático do texto de referência;
- citação do texto legal em sua forma mais simples possível, suprimindo-se partes desnecessárias com indicação simples ([...]), com parágrafos e subtópicos enumerados de forma imediata (Ex.: Art. 4/2, significando Artigo 8.º, parágrafo segundo).

4.3) Formas idealizadas de apropriação deste manual

a) Contemplamos a possibilidade de uma **leitura individual**, com um estilo e projeto gráfico o mais acessível possível, como descrevemos acima. Contudo, o objetivo é gerar **um texto para uso coletivo, para ser lido e discutido informalmente** entre os companheiros usuários e familiares, e entre os colegas e amigos dos serviços de atenção psicossocial para se compreender melhor os objetivos do serviço, do processo de reforma psiquiátrica, e particularmente os direitos e deveres dos usuários e familiares. O objetivo central é estimular o início da mobilização e a participação nos serviços, na rede de atenção em saúde mental e particularmente nos movimentos sociais do campo.

b) Concebemos um texto também para ser usado como **instrumento direto de defesa dos direitos**, junto aos serviços e instituições de saúde e saúde mental. Usuários e familiares podem usar as informações e recomendações para mostrar concretamente aos trabalhadores e gestores responsáveis que suas demandas constituem direitos a serem garantidos pela rede de atenção pública, ao mesmo tempo que desenvolvem a perspectiva de seus deveres. Para isso, a publicação contém pequenas citações das normas jurídicas chaves e principais para cada tema específico, permitindo com isso a usuários, familiares e profissionais as utilizarem para dar a devida sustentação legal a seus pedidos e reivindicações, e pressionar as instâncias responsáveis para a conquista dos seus direitos.

c) No entanto, acreditamos que o melhor aproveitamento deste manual será ser **lido e discutido aos poucos, de maneira mais aprofundada, em grupos formais de discussão e conscientização, bem como em oficinas e cursos de formação política, de direitos humanos, de formação de conselheiros, nos serviços e nos movimentos sociais do campo**, como forma de estimular a participação, o empoderamento, no sentido de embasar iniciativas coletivas de lutas dos usuários e familiares pelos seus direitos, no campo da saúde, saúde mental e da atenção psicossocial em geral.

5) Princípios ético-políticos, objetivos, características diferenciadoras e questões polêmicas de fundo deste manual

Depois de várias reuniões preparatórias e das primeiras fases de coleta, leitura cuidadosa e avaliação da legislação e documentos oficiais, de revisão da literatura de comentários e discussão do tema, bem como das várias cartilhas de direitos já existentes no país e de algumas publicadas no exterior, foi possível ir gradualmente sintetizando os elementos diferenciadores e princípios gerais que orientaram a produção deste manual. Vamos apresentá-los na sequência.

5.1) Princípios éticos e políticos mais gerais

a) adotar como perspectiva de base a **luta histórica e as conquistas mais avançadas no campo dos direitos fundamentais e humanos da pessoa**, expressos em convenções internacionais, nas normas jurídicas nacionais, nas políticas sociais mais coerentes com elas, e nas práticas institucionais e coletivas da sociedade que mais incorporam estes princípios e ideais;

b) compreender **o campo do Direito e a produção das normas jurídicas como um processo histórico que sedimenta gradualmente e/ou que também pode contribuir diretamente para as conquistas do processo civilizatório humano**, e portanto, como um campo que não pode ser considerado neutro ou positivo, mas inteiramente atravessado pelas lutas e contradições sociais de seu tempo, e assim, em processo de constante mudança e reelaboração. Assim, cabe aos atores sociais e juristas de cada contexto histórico **buscar que o campo do Direito e suas normas expressem o mais fielmente e contribuam para as lutas emancipatórias desta época;**

c) compreender **os fenômenos da loucura, do transtorno mental e das necessidades decorrentes do uso de drogas como marcadas por duas perspectivas** que se complementam: (1) em primeiro lugar, como **formas inteiramente humanas e não suprimíveis de existência**, que acompanham a nossa espécie em toda a sua história, e que portanto sempre vão requerer **formas especiais de cidadania e direitos**, compatíveis com as ambiguidades que geram na capacidade humana de tomar decisões racionais e juridicamente responsáveis, particularmente em suas fases mais agudas e/ou de maior fragilidade pessoal; (2) como **fenômenos cuja extensão e incidência são também decorrentes das condições de vida e da capacidade da sociedade responder às necessidades e direitos fundamentais e humanos de cada pessoa ou grupo social**, e portanto, dependente do funcionamento social mais geral e das políticas sociais de cada época e sociedade;

d) adotar os **princípios mais gerais que orientam o Sistema Único de Saúde e demais políticas sociais similares**, como políticas públicas universais, gratuitas, integradas, regionalizadas, que priorizam a conquista dos direitos sociais e da cidadania da maioria mais pauperizada da população brasileira, com redes de atenção direcionadas pelo trabalho intersetorial e que buscam a integralidade do cuidado, bem como o trabalho interprofissional e interdisciplinar;

e) adotar os **princípios mais gerais da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial**, como um processo histórico de média e longa duração, integrado aos demais movimentos sociais populares e a suas lutas sociais e políticas emancipatórias mais gerais, e como política de Estado, como expressão dos anseios mais profundos de concretizar os direitos fundamentais e humanos das pessoas com transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, no campo mais amplo das políticas públicas e sociais, como também na vida social e cultura difusa na sociedade;

5.2) Elementos diferenciadores das cartilhas e manuais de direitos já existentes no campo da atenção psicossocial

a) *Realizar na medida do possível uma cobertura exhaustiva, do ponto de vista temático e das normas jurídicas do campo, cobrindo todas as áreas e questões consideradas relevantes para os usuários e familiares da atenção psicossocial: direitos humanos e fundamentais da pessoa, direito civil e penal, direitos sociais em geral, e principalmente, os direitos específicos nas áreas da saúde e particularmente da saúde mental e drogas, que compõem hoje o campo da atenção psicossocial. Há também pequenas inserções sobre direitos do trabalho e uma seção sobre direitos do consumidor, com implicações nestas áreas principais em foco. Além disso, a cobertura extrapola o terreno nacional, incluindo convenções internacionais e alguns projetos e iniciativas interessantes de defesas de direitos em outros países, bem como os sistemas internacionais de direitos humanos, que também atuam em violações mais graves de direitos no campo psicossocial.*

b) *Sistematizar os direitos fundamentais existentes nos documentos oficiais e na legislação, mas ao mesmo tempo ser capaz de revelar os direitos nas suas expressões cotidianas e práticas: mesmo partindo do texto legal ou das cartas de direitos, procuramos chegar ao máximo até o concreto, na vivência da atenção psicossocial, no dia a dia dos usuários e familiares, cobrindo as pequenas conquistas possíveis ou por conquistar. O confronto com o que já existiu na assistência psiquiátrica anterior, e o que já conquistamos, é especialmente importante para isso. Além disso, como o leitor poderá perceber, a perspectiva do empoderamento marca este manual, tendo seu ponto de partida no cotidiano e nas práticas concretas no nível do usuário e do familiar. Esta perspectiva permitiu avaliar melhor os pequenos avanços reais e potenciais da atual rede de atenção psicossocial no país, sem se dobrar à tendência dominante, no atual momento brasileiro, de ter uma visão pessimista ou pouco encorajadora das possibilidades de avanço, quando se adota uma perspectiva mais macrosocial. Essa perspectiva, a nosso ver, implica também no caráter didático na linguagem e no estilo, de forma acessível e compreensível para a maioria dos usuários e familiares, que são os interlocutores principais desta publicação.*

b) *Apresentar, quando necessário, perspectivas diferenciadas para usuários e familiares: não há esta diferenciação nas cartilhas disponíveis, que tendem a enfatizar apenas os direitos dos usuários. Este princípio implica em também valorizar a perspectiva, as demandas e os direitos específicos dos familiares, acrescentando-os ou apresentando-os de forma separada quando necessário. Essa opção tem algumas implicações importantes, a serem discutidas mais à frente.*

c) *Apresentar direitos e deveres: não ficar restrito apenas aos direitos. Esse tema merece uma discussão mais acalorada e aprofundada, sistematizada mais à frente.*

d) *Apresentar o processo de reforma psiquiátrica como um processo histórico, no qual os direitos legais ou reconhecidos nas normas jurídicas não estão garantidos por si mesmos.*

e) *Desenvolver de forma sistemática e exhaustiva as várias alternativas de luta e conquista, para as muitas situações em que os direitos ainda não foram conquistados nos serviços, nos estados e municípios específicos, ou de forma mais geral, no país como um todo.*

f) *Sugerir tarefas concretas no final de cada capítulo, procurando estimular o aprofundamento da discussão e sua coletivização, como também a experiência prática de avaliação do nível em que os serviços locais estão garantindo os direitos e estimulando os deveres de usuários e familiares.*

g) *Evitar estilo denunciatório sectário*: as denúncias devem ser feitas em estilo objetivo, como em um jornal, de forma que o próprio fato e os próprios atores sociais falem por si, para não gerar descrédito.

h) *Abordar temas polêmicos e pouco regulados no campo jurídico e da política de atenção psicossocial*, mostrando-os como temas ainda abertos, e ter coragem de *apresentar a avaliação dos autores da publicação, bem como suas propostas e recomendações*. O leitor poderá notar que particularmente o quarto capítulo, que trata das formas de acolhimento e internação, com os inúmeros problemas ali identificados, constitui um bom exemplo desta postura.

5.3) Algumas questões importantes e polêmicas de fundo

a) A questão “espinhosa” dos deveres dos usuários e familiares

A perspectiva de incorporar também os deveres neste manual foi levantada em um dos encontros de usuários e familiares, em meados dos anos 90, por Graça Fernandes, conhecida liderança nacional dos usuários e ativa até o ano 2000, chamando a atenção para a necessidade de também incluir o tema na Carta dos Usuários e Familiares sistematizada em Santos, em 1993. Para ela, a abordagem unilateral focada apenas nos direitos reforça a visão vitimizadora, de só reivindicar os direitos, e não estimula a noção do papel ativo e de responsabilidade pessoal e coletiva que usuários e familiares devem ter no processo de recuperação e conquista dos direitos, no âmbito pessoal e social mais imediato, ao seu próprio alcance.

Indicada a origem concreta, cabe lembrar que esta perspectiva coloca inúmeras responsabilidades e problemas, e requer algumas reflexões teórico-conceituais de fundo. A nosso ver, a questão colocada por Graça corresponde, do ponto de vista da concepção teórica das relações de poder, à perspectiva de Foucault, que rejeita a visão hegemônica destas relações, pela qual haveria um lugar dominante, que assume todo o poder, e em que alguns indivíduos seriam vistos como destituídos de qualquer forma de poder. Na concepção relacional e micropolítica de poder de Foucault, descrita no *Microfísica do poder* e na *História da sexualidade I*, todos os atores sociais têm algum poder e o exercem de alguma forma, inclusive pela subjetivação, pela introjeção ou re-elaboração da visão do outro, ou oriunda das instituições.

Em nossa opinião, temos aqui uma questão complexa e paradoxal, mas muito importante, na interação interdisciplinar entre a psicologia e o direito. Do ponto de vista psíquico, a priorização única dos direitos, particularmente em saúde mental, pode estimular uma espécie de *histericização e vitimização* na relação dos usuários e familiares com serviços, profissionais e instituições. No sentido mais geral, *histericização* significa estimular características análogas a da estrutura neurótica da histeria, que todos nós humanos compartilhamos de alguma forma, em maior ou menor grau. Em termos mais simples, para a presente discussão, significa a tendência a culpabilizar sempre os outros e o contexto pelos problemas da vida, evitando e resistindo de todas as formas a se implicar e avaliar a participação pessoal neste processo.

Este fenômeno constitui também um paradoxo nos processos de politização e conscientização social, por que neles o foco está centrado em aguçar o reconhecimento e a denúncia das estruturas sociais injustas, externas ao indivíduo. Contudo, quando se trata de pessoas com transtorno mental ou com problemas decorrentes de um uso abusivo de drogas, e que devem ser estimuladas a retomar sua inserção subjetiva e singular no mundo, bem como a uma maior participação ativa e implicada pessoalmente na vida social, o foco apenas nas estruturas sociais e institucionais, ou seja, no “grande Outro” lá fora de cada um, pode induzir de forma desproporcional este processo paralelo de histericização e vitimização. Esta tendência pode levar a pessoa a atribuir todos os problemas aos serviços e seus profissionais (que assumem nesta relação o papel de alteridade radical, ou seja, do grande Outro onipotente), sem elaborar o seu próprio papel nas dificuldades e problemas do dia a dia, não se apropriando portanto das estratégias possíveis de ação, particularmente no âmbito pessoal e institucional mais imediato, a seu alcance imediato. Esta constitui, pois, mais uma razão para inserir a dimensão dos deveres neste manual.

No seguimento da discussão, levantou-se, porém, o outro lado da questão: o risco principal desta abordagem dos deveres tender para a normatização, também tema fundamental na obra de Foucault. Em outras palavras, há instituições responsáveis pela socialização e introjeção dos bons hábitos morais, de saúde e de vida social nos indivíduos e grupos sociais: a família, a escola, as instituições de saúde e suas práticas educativas e preventivas, etc. Haveria espaço para esta normatização em um manual de direitos?

Uma das saídas para este impasse está inspirada nas formulações do "último Foucault", especialmente nos volumes de *História da sexualidade* e em sua obra póstuma, publicada mais recentemente no Brasil, *A hermenêutica do sujeito*, quando este fala do *cuidado de si*, retomando a importância da noção de *sujeito*, negada pela abordagem pós-estruturalista e anti-humanista de suas obras anteriores. O conceito de cuidado de si implica em criar uma perspectiva própria de vida mais ampla e abrangente, fortemente estetizada, ou seja, em criar um estilo próprio de vida. Há aproximações muito fortes disso com a perspectiva de *individualização* em Jung, ou de *singularidade* na psicanálise. Além disso, esta saída é também compatível com a perspectiva do empoderamento (*empowerment*) e de recuperação (*recovery*) da abordagem de reabilitação psicossocial anglo-saxônica e norte-americana, a nosso ver coerentes com a perspectiva da reforma psiquiátrica. Em nossos textos recentes, temos divulgado estas perspectivas, particularmente na cartilha e no manual de ajuda e suporte mútuos publicados em 2013 pelo Projeto Transversões².

Do ponto de vista mais concreto, essa perspectiva indica tomar alguns cuidados e marcar alguns limites na formulação dos deveres, circunscrevendo-os nas seguintes direções:

a) Estimular usuários e familiares a buscar se informar, conhecer as orientações de saúde e saúde mental e traçar estratégias personalizadas de como lidar com elas: sofrimento, transtornos, seus sintomas principais; medicamentos, dosagens e seus efeitos, inclusive colaterais; os riscos e efeitos da interrupção no uso da medicação, sem acompanhamento da equipe; e as estratégias de auto-cuidado em saúde e saúde mental. Neste processo, é importante observar sempre que cada pessoa tem um jeito próprio de atender as necessidades humanas básicas de se alimentar, dormir, tomar banho, se vestir, lidar com a vulnerabilidade e os riscos cotidianos da vida etc.

b) Estimular o conhecimento e cuidado de si: conhecer o próprio jeito de ser, as atividades que fazem bem ou que estressam e angustiam; em outras palavras, identificar os elementos que promovam o bem estar ou o seu contrário, a solidão e o sofrimento, para minimizar o eventual mal estar subjetivo.

c) Saber identificar e valorizar as qualidades e o potencial pessoal, ou seja, os elementos que dão sentido de vida e que promovem a auto-estima em cada um.

d) Estabelecer estratégias individualizadas e coletivas de lidar no dia a dia com o jeito próprio de ser e com os problemas gerados pelo transtorno, particularmente os sinais e disparadores das crises, bem como com o sistema de saúde e saúde mental e seus atores, etc.

e) Pela perspectiva da individualização ou singularidade, cada pessoa é chamada a responder de alguma forma própria às expectativas sociais esperadas e projetadas sobre si, como um cidadão, com base na capacidade de tomar decisões racionais. Isto inclui particularmente ter que assumir deveres e responsabilidades pessoais e nas relações no âmbito da família e na vida social mais ampla. Neste campo, é possível estimular a busca de experiências variadas de convivência familiar, comunitária e social, tanto por usuários como por familiares, levando em conta as especificidades deste processo

² VASCONCELOS, E M (coord). *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Rio de Janeiro, Escola de Serviço social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013, 213 págs.

em cada um deles, mas o risco de se exagerar na normatização é sempre presente. Este é um campo de fortes ambiguidades e conflitos no campo da atenção psicossocial e no direito, e a inserção social possível de cada usuário deve ser acompanhada de perto, reconhecendo sua singularidade, mas também sem negar a interação necessária com as expectativas e normas sociais.

Assim, do ponto de vista conceitual, a diferenciação com a perspectiva da normatização é dada ao assumir explicitamente a perspectiva do cuidado de si e de individuação: cada um deve tentar se conhecer e assumir claramente o seu jeito próprio de ser, mesmo que isso possa significar se diferenciar de alguns valores, normas e comportamentos aceitos e esperados na sociedade. Entretanto, isso se faz sem negar a importância de se conhecer e discutir as informações e normas morais, éticas e de saúde, e dispositivos colocados à disposição pela cultura e pelo sistema de saúde e saúde mental, criando estratégias individualizadas bem como coletivas (no caso de grupos de ajuda mútua, associações e movimentos sociais) para lidar com os desafios gerados pelo transtorno mental e uso de drogas, no dia a dia da rede de atenção.

b) Direitos, deveres e a necessária tentativa de mediar interesses e conflitos entre usuários, familiares e trabalhadores:

Identificar e discutir direitos e deveres implica necessariamente em entrar em zonas de conflito entre as perspectivas e interesses dos atores da vida familiar e dos serviços. Por exemplo, é muito comum que o direito do usuário a ter cuidados na esfera doméstica implique na concentração do trabalho de cuidar em uma pessoa, geralmente uma mulher (mãe, esposa, filha, irmã etc), que tende a sacrificar parcial ou inteiramente seu projeto de vida em função deste cuidado. De forma similar, o direito do usuário de não mais passar por experiências de negligência ou violência no âmbito domiciliar, ou de não mais ser vítima de cárcere privado, uma possibilidade descrita no primeiro capítulo, implica em responsabilização do familiar. Outras vezes, a acusação de negligência pode atingir o trabalhador ou profissional da atenção psicossocial.

A perspectiva adotada aqui, neste campo, foi a de não evitar os conflitos do campo, e estimular a denúncia das violações e a respectiva responsabilização, inclusive mostrando as suas implicações penais. O usuário é a pessoa mais fragilizada entre os atores do campo, e daí a atribuição de uma cidadania especial, com direitos à discriminação positiva. Entretanto, isso deve ser balanceado com a descrição dos direitos, deveres e condições de vida e trabalho dos demais atores do campo. Por exemplo, determinados comportamentos de negligência podem ser condenáveis, mas podem também constituir um sintoma de cansaço, esgotamento ou simplesmente ausência de alternativas para os familiares na produção do cuidado, particularmente quando estes são ao mesmo tempo cuidadores e provedores. De forma similar, as condições cada vez mais precarizadas de trabalho na rede de atenção psicossocial pode induzir comportamentos de cansaço, esgotamento e desatenção pelos trabalhadores e profissionais, na sua relação com os usuários e familiares. Assim, as condições de trabalho na rede de serviços e as demandas e necessidades dos familiares devem ser explicitadas e estimuladas a sair de sua invisibilidade naturalizadora, e serem consideradas no conjunto mais geral das condições de produção do cuidado e na responsabilização legal em caso de alguma negligência ou violação.

c) A exigência de uma visão histórica do processo de conquista e garantia dos direitos, para tentar superar o voluntarismo fácil, gerado pela perspectiva liberal ou formal da conquista dos direitos:

O que está implícito na perspectiva adotada aqui é a tentativa de ir muito além da visão liberal dos direitos dos usuários e familiares, pela qual o direito reconhecido na norma jurídica e explicitado nas cartas de direitos seriam suficientes para garantir sua efetividade. Uma visão histórico-crítica dos direitos humanos e das políticas sociais implica em reconhecer que o grau de implementação e garantia destes direitos é determinado pela conjunção de fatores e

interesses econômicos, políticos e ideológicos, refletindo a correlação de forças na sociedade. Além disso, os usuários e cidadãos comuns sabem disso intuitivamente, têm uma noção muito clara dos limites da assistência, mas também têm uma enorme expectativa de que o contrário seja verdade, para que seus problemas e impasses sejam efetivamente encaminhados. A visão liberal tenta manter a ilusão de que os direitos estão garantidos, ou mobiliza um impulso voluntarista de ação, como se bastasse apenas “correr atrás” deles com afinco, para que eles sejam efetivados, perspectiva que não se sustenta na prática, pelo menos desta forma individualizada e imediatista. Dada a situação atual de precariedade e sucateamento da assistência, de avanço dos interesses privatistas e lucrativos no campo da saúde e saúde mental, na presente conjuntura neoliberal, a tendência hegemônica é desses direitos serem negligenciados, e aí, a frustração que se segue leva à desmobilização, à descrença, ao isolamento e à passividade.

d) A importância de se apresentar e discutir, de forma exaustiva, as alternativas possíveis de luta e conquista de direitos, desde as mais simples, no cotidiano dos serviços, até as mais complexas

Tendo em vista o tópico anterior, foi reafirmada a importância de estimular o direito de reclamar, de se organizar e ter ações concretas na conquista dos direitos, mostrando sempre que é possível agir, e que é ainda melhor fazer isso juntos. Para tal, é preciso mostrar as instâncias e dispositivos de recurso e ação, desde o nível local até o nacional, e até mesmo no nível internacional. Além disso, é importante mostrar ao longo do texto exemplos bem sucedidos de luta, que ilustram concretamente que podem gerar novas conquistas reais.

e) O risco do manual estimular a já forte tendência à judicialização dos conflitos no campo da atenção psicossocial

No texto deste manual, foi inevitável enfrentar a questão da judicialização, o que aconteceu mais explicitamente na abordagem das formas de internação e/ou acolhimento, no quarto capítulo. Na atual conjuntura, particularmente de precarização da assistência pública, não podemos negar a tendência de que os conflitos do campo estejam sendo cada vez mais dirigidos para decisões judiciais, com muitas implicações, e algumas delas preocupantes, como discutimos no quarto capítulo deste manual. Um manual de direitos não correria o risco de acentuar esta tendência? Este tema foi uma preocupação de fundo permanente na produção deste manual, mas para apresentar e discuti-lo adequadamente, precisamos decompô-la em suas diversas dimensões.

Em primeiro lugar, é preciso esclarecer que a intervenção jurídica no campo da saúde mental e das drogas é constitutiva, pela própria natureza multidimensional de seus fenômenos, e particularmente quando abordada do ponto de vista dos direitos fundamentais e humanos da pessoa. O leitor poderá constatar neste manual o grande volume de normas jurídicas que atravessam e regulam o campo psicossocial, que incluem particularmente o direito civil, penal e os direitos sociais. Se considerarmos a legislação psiquiátrica internacional³, de um ponto de vista comparado, há áreas de maior ambiguidade, complexidade e conflitos, como nas diversas formas de internação, acolhimento e interdição, particularmente no caso da internação involuntária e compulsória, em que o Poder Judiciário é ator central ou até mesmo o mais importante no processo decisório. A valorização dos direitos fundamentais e humanos neste campo pode e deve ser considerada uma forma específica de judicialização, mas que é plenamente justificável do ponto de vista ético, humano e político, e sem dúvida alguma, foi estimulada neste manual.

³ VASCONCELOS, EM. Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional - uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil, in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 41 (6): 283-286, Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1990.

É preciso também considerar o tema da judicialização por uma dimensão histórica e política. Um dos objetivos claros do processo de reforma psiquiátrica tem sido estimular uma presença parcial mas necessária do Poder Judiciário no campo, mediando um poder que estava historicamente, desde o nascimento da psiquiatria moderna, quase que exclusivamente nas mãos de uma única corporação profissional, a dos médicos. Além disso, a reforma psiquiátrica também tenta, na medida do possível, dividir melhor as responsabilidades e competências profissionais privativas no campo, em que os psiquiatras, sem dúvida alguma, têm um mandato social mais antigo e mais amplo. A estratégia da atenção psicossocial é, então, valorizar o papel dos demais profissionais nas equipes interprofissionais e o conhecimento interdisciplinar, particularmente nas normas reguladoras da política de saúde mental e drogas. Também nestes dois sentidos, a nosso ver, a relativa judicialização se justifica, e foi estimulada neste manual.

Outro aspecto histórico e político do tema está na tendência atual, em um contexto de desinvestimento nas políticas sociais em geral, de precarização da assistência pública. A negação de acesso a tratamentos, alguns deles cada vez mais caros e complexos, ou a medicações de preços muito elevados, tem levado o cidadão a pedir a intervenção do judiciário para garantir o seu direito de acesso. Se por um lado essa constitui uma estratégia clara e legítima de garantir a acessibilidade a direitos, em um contexto de desassistência, isso também pode estimular muitas distorções no sistema público de saúde. Este tem o dever de estabelecer parâmetros claros do que é prioritário e é possível garantir a todos com recursos públicos (e daí o valor da equidade), se confrontando necessariamente com os interesses da indústria farmacêutica e das empresas privadas de serviços médicos, que tentam estimular a qualquer custo o consumo de seus produtos e serviços cada vez mais sofisticados, inclusive com financiamento público. O leitor poderá notar que, de forma explícita e clara, não estimulamos neste manual esta perspectiva de judicialização.

Um último aspecto relativo ao tema também nos chamou a atenção, particularmente ao elaborarmos o sexto capítulo, sobre como e onde lutar pelos direitos. A nosso ver, a leitura deste capítulo poderá demonstrar que valorizamos uma enorme gama de estratégias e dispositivos de luta que estão fora da esfera do Poder Judiciário, e neste âmbito, nossa abordagem pode ser claramente identificada como “não judicializante”.

X X X

Antes de terminar, após o leitor ter uma ideia mais clara do caminho que percorremos deste o início, é preciso fazer **um desabafo: este projeto deu muito trabalho!** Sem dúvida alguma, constituiu uma das pesquisas e publicações mais difíceis entre as que já tínhamos realizado. Durante a escrita dos capítulos, quando a amplitude e o caráter polêmico dos temas emergiam em toda a sua força, nos parecia que realizávamos um trabalho similar ao de um programa de doutoramento, só que com um enorme desafio adicional, e nada desprezível: para além de realizar a pesquisa em toda a sua extensão/complexidade e estruturar o campo das ideias, conceitos e experiências ilustrativas, tínhamos de balizar com muito cuidado o nível de aprofundamento, da linguagem, do projeto editorial e das ilustrações para se adequar ao público leitor escolhido... Neste sentido, uma tese de doutoramento nos pareceu muito mais simples... No entanto, a equipe de trabalho assumiu este desafio com toda a garra, sem desânimo. Apesar de ter que realizar todas as suas atividades cotidianas, todos estavam imbuídos dos valores e do tipo de engajamento que expomos aqui, e fomos aos poucos desbravando passo a passo a caminhada, cujo produto final pode ser vislumbrado agora. Como coordenador da equipe, gostaria de agradecer e parabenizar a cada um deles: muito obrigado a vocês, Girlane, Jeferson, Luciana e Rosaura, vocês foram valentes!

Para concluir, acreditamos que, com as observações feitas neste apêndice, o leitor terá uma compreensão muita mais profunda das características desta obra, do que inspirou suas ideias e as inúmeras decisões que tomamos para produzi-la, bem como para avaliar criticamente se conseguimos atingir os objetivos propostos. Se não chegamos lá, pelo menos a trilha no meio da mata está toda marcada, e isso possibilitará outros a evitarem os eventuais descaminhos ocorridos, ou a escolher novos rumos. Mas acima de tudo, esperamos com este texto ter deixado claro os valores que

APÊNDICE I - METODOLOGIA E PRINCÍPIOS QUE ORIENTAM A CONSTRUÇÃO DESTE MANUAL...

nos guiam, que, sem dúvida alguma, são marcados pela perspectiva da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, e particularmente, por ver os usuários e familiares da atenção psicossocial, em suas formas e perspectivas próprias, como co-partícipes integrais de sua construção e conquista.

Rio de Janeiro, setembro de 2014



Apêndice II

Outras leituras de pesquisa, consulta e aprofundamento

1) Lista de cartilhas e publicações similares, avaliadas na pesquisa prévia

A construção deste manual foi iniciada a partir de uma pesquisa prévia em base de dados na Internet, com a finalidade de conhecer cartilhas e publicações similares existentes sobre direitos e deveres em saúde mental no Brasil. Para isto fizemos uma pesquisa bibliográfica cujo critério de inclusão foi: a) palavras chaves e descritores: direitos, deveres, usuários, familiares, psiquiatria e saúde mental; b) recorte temporal de 2001 (ano de aprovação da Lei 10.216/01) a 2012. As bases de dados consultadas foram Lilacs, Scielo e Google acadêmico. Também fomos pessoalmente à Biblioteca Nacional, para investigar a existência outras publicações do tipo eventualmente não disponíveis na Internet. Abaixo relacionamos as cartilhas que foram consultadas, descrevendo-as a partir do título, autor, editora, ano, número de página, objetivos da cartilha, público alvo, referência completa e endereço na internet.

	Título	Autor	Editora	Ano	Nº de página	Objetivos da cartilha	Público alvo	Referência completa	Endereço na internet
1	Guia de Direitos Humanos Loucura Cidadã	Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Sistema de Saúde Mental do Estado da Bahia (AMEA)	AMEA	2011	76	Orientar os usuários e familiares sobre a existência, a localização e as competências das instituições do poder público que devem atuar na garantia e na defesa dos seus direitos	Usuários e familiares	CORREIA, L.C. AMEA. Guia de direitos humanos loucura cidadã. AMEA: Salvador, 2011.	http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_dh_loucuracitada.pdf
2	Bem Querer é o melhor remédio	CRP SP	CRP SP	2010	32	Informar à comunidade em geral sobre aspectos da reforma psiquiátrica e o modelo psicossocial	Comunidade em geral, familiares e usuários	Conselho Regional de Psicologia SP. Bem querer é o melhor remédio. São Paulo: CRPSP, 2010.	http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/cartilhas/saude-mental/fr_indice.aspx
3	Direito à Saúde Mental	Ministério público federal / procuradoria federal dos direitos do cidadão	Ministério Público Federal	2008	38	Informar aos usuários, familiares e comunidade sobre seus direitos	Usuários, familiares e toda comunidade.	Ministério Público Federal. Direito à Saúde Mental. Brasília: Ministério Público. 2008.	http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atualizacao-contenidos-de-apoio-publicacoes/saude-mental/direito_saude-mental_2012/
4	WHO Quality rights tool kit	OMS	World Health Organization	2012	94	Apoiar os países na avaliação e melhoria dos direitos humanos e qualidade de sua saúde mental e serviços de assistência social.	Serviços de saúde	WHO. QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, World Health Organization, 2012.	http://osm.org.br/osm/wp-content/uploads/2012/02/cartilha_saude-mental_final.pdf

5	Direitos Humanos e Saúde Mental	Centro Universitário de Brasília	Centro Universitário de Brasília	2011	16	Informar os direitos das pessoas em Saúde Mental	A comunidade em geral, usuários e familiares em Saúde Mental	Centro Universitário de Brasília. Direitos humanos e saúde mental: cartilha de direitos. Brasília: UNICEUB, 2011.	http://www.uniceub.br/pdf/CartilhaDireitosHumanos2011.pdf
6	Cartilha de Orientação em Saúde Mental: um caminho para a inclusão social.	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	2009	28	Informar sobre a saúde mental e a rede de atenção.	Comunidade em geral, usuários e familiares	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Cartilha de Orientação em Saúde Mental: um caminho para a inclusão social. Brasília: ASCOM/GAB/SES-DF, 2009.	http://www.saude.df.gov.br/site/s/100/163/00009775.pdf
7	Saúde Mental em letras mineiras	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	ESP-MG	2009	35	Disponibilizar conceitos básicos em Saúde Mental para os usuários fortalecerem sua organização política.	Usuários e familiares do campo da saúde mental	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Saúde Mental em letras mineiras, 2009.	http://www.canalminassaude.com.br/workspace/uploads/publicacoes/caderno-saude-mental-em-letra-4ecd4c0999e7a.pdf
8	Esquizofrenia: uma manual para a imprensa	Associação Brasileira de Familiares Amigos e Portadores de Esquizofrenia	-	-	11	Informar profissionais da imprensa acerca da esquizofrenia	Profissionais da imprensa	ABRE. Esquizofrenia: um manual para a imprensa. São Paulo.	http://www.abrebrasil.org.br/
9	Cartilha popular de saúde mental: subsídios para a reforma em saúde mental	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo	SES SP	2001	28	Traduzir de maneira coloquial as Diretrizes Políticas de Saúde Mental	Comunidade em geral, usuários, familiares e profissionais de saúde.	Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Cartilha popular de saúde mental: subsídios para a reforma em saúde mental. São Paulo: SES-SP. 2001.	Livro
10	Saúde Mental: os direitos fundamentais	Roberto Osman	Espaço Artaud	2008	122	Debate sobre temas de saúde mental e orientação acerca dos direitos fundamentais dos usuários de serviços de saúde mental.	Usuários, familiares e profissionais de saúde.	OSMAN, R. Saúde Mental: os direitos fundamentais. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2008.	Livro
11	Saúde Mental e direitos humanos: noções gerais sobre direitos humanos relativos à área da saúde mental, de forma clara e acessível.	Associação Brasileira de Familiares Amigos e Portadores de Esquizofrenia - ABRE	Inespecífico	2012	182	Difundir noções gerais sobre direitos humanos relativos à área de saúde mental, de forma clara e acessível.	Pessoas com transtornos mentais, familiares, profissionais e amigos da saúde mental.	Associação Brasileira de Familiares Amigos e Portadores de Esquizofrenia – ABRE. Saúde Mental e direitos humanos: noções gerais sobre direitos humanos relativos à área da saúde mental, de forma clara e acessível. São Paulo, 2010.	Livro

2) Leituras complementares utilizadas na fase inicial da pesquisa

Obs.: As referências bibliográficas e da Internet utilizadas durante a obra estão indicadas no próprio texto ou em nota de rodapé em cada página, para facilitar a busca por parte de usuários e familiares, não acostumados com o sistema acadêmico formal de referenciar suas fontes.

CAMURI, AC. *Cartografia do desassossego: o encontro entre os psicólogos e o campo jurídico*. Niterói, Editora da UFF, 2012

CARDOSO, ARS. *Medida de segurança: os (des)caminhos da razão*. Niterói, Tem Bambu Tem Flecha Editora, 2010

COHEN, C; FERRAZ, FC; SEGRE, M (org). *Saúde mental, crime e justiça*. São Paulo, EDUSP, 2006

DIAS, HP. *A responsabilidade pela saúde: aspectos jurídicos*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1995

GALENDE, E y KRAUT, AJ. *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006

GAUDERER, EC. *Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência*. Rio de Janeiro, Record, 1995.

GONÇALVES, HS e BRANDÃO, EP (org). *Psicologia jurídica no Brasil*. Rio de Janeiro, Nau, 2004

LOPEZ-CHAPA, S. *Autonomía del paciente y libertad terapéutica*. Barcelona, Editorial Bosch, 2007

MEDEIROS, CCS (org). *Saúde mental e o direito: ensaios em homenagem ao Prof. Heitor Carrilho*. São Paulo, Método, 2004

MEDEIROS, MBM. *Interdição civil: proteção ou exclusão*. São Paulo, Cortez, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada - 1973 a 2006*. Brasília, MS, 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial*. Brasília, MS, 2011.

MORAES, T (org) *Ética e psiquiatria forense*. Rio de Janeiro, IPUB, Edições IPUB-CUCA, 2001

PINHEIRO, GHA. *Comentários à Lei da Reforma Psiquiátrica: uma leitura constitucional da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001*. Fortaleza, Tear da Memória, 2010

RAUTER, C. *Criminologia e subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro, Revan, 2013

SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *Programa Nacional de Direitos Humanos*. Brasília, SEDH/PR, 2010

