



DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL



OBSERVATÓRIO
DIREITOS DOS PACIENTES

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL NO BRASIL





OBSERVATÓRIO DIREITOS DOS PACIENTES

Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB

Faculdade de Educação da USP – FEUSP

Curso de Direito da UFJF, Campus GV – ICSA

AUTORIA:

Aline Albuquerque

Artur Mamed

Biancha Angelucci

Fernanda Bastos

Isis Machado

Kalline Eler

Laura Boeira

Luana Lima

Meyriani Lima

Thatiana Ayres

Ficha catalográfica

.Albd Direitos Humanos e saúde mental no Brasil atual / Aline Albuquerque (coord.)
-- Brasília, 2019.
46 p.

Relatório de pesquisa. Universidade de Brasília, 2019.
DOI: 10.13140/RG.2.2.23204.42883.

1. Direitos Humanos. 2. Cuidado em saúde mental. 3. Brasil.

EDITORAÇÃO

Aline Cristina Souza Soares

SUPERVISÃO DE EDITORAÇÃO

Ivan Bretas Vasconcelos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. Internação Voluntária e Involuntária sob a ótica dos Direitos Humanos	11
2.1. <i>Admissão voluntária e involuntária e a retenção do paciente em instituição de saúde mental</i>	11
2.1. <i>Internação e tratamento</i>	12
2.3. <i>Medidas coercitivas: internação e a admissão involuntárias e a retenção do paciente em instituição de saúde mental</i>	14
2.4. <i>Comparação entre o regime legal da internação involuntária prevista na Lei nº 10.216, de 2001 e o da Lei nº 13.840, de 2019</i>	16
2.5. <i>Internação compulsória: peculiaridade do Brasil</i>	17
3. Interdição e Presunção de Incapacidade Jurídica à luz do Direito à Privacidade e da Dignidade Humana	18
3.1 <i>Capacidade Jurídica e Capacidade Decisional</i>	18
3.2 <i>Interdição de pessoas com transtornos mentais no Direito Brasileiro à luz do referencial dos Direitos Humanos</i>	20
3.3. <i>Tomada de Decisão Apoiada no Código Civil</i>	23
3.4 <i>Interdição de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas</i>	24
4. Comunidades Terapêuticas e violações de Direitos Humanos	26
4.1. <i>Definição das Comunidades Terapêuticas</i>	26
4.2. <i>A centralidade das Comunidades Terapêuticas na Política de Saúde Mental</i>	28
4.3. <i>As comunidades terapêuticas e violações de direitos humanos</i>	29
5. Eletroconvulsoterapia sob a perspectiva dos Direitos Humanos dos Pacientes	33
6. Medicalização e Direitos Humanos do Paciente em Saúde Mental	36
6.1. <i>O que é medicalização?</i>	36
6.2. <i>Medicalização e Direitos Humanos</i>	39
7. Considerações Finais e Recomendações	42

1. Introdução |

As pessoas com transtornos mentais e as pessoas com deficiência mental são historicamente submetidas a tratamentos desumanos e degradantes, à privação de liberdade e à supressão de sua capacidade decisional. O Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas - ONU, por meio da Resolução A/HRC/C/36/L.25, de 2017, aponta as formas múltiplas de violações de direitos humanos às quais são submetidas as pessoas com transtornos mentais e com deficiência mental no contexto dos serviços de saúde mental. O Conselho de Direitos Humanos estatui o dever dos Estados de erradicar qualquer forma de discriminação, estigma, violência e abusos nesse âmbito, e reconhece o papel particularmente importante dos profissionais relacionados à saúde mental, bem como o dos atores do sistema de justiça. Ainda, o Conselho de Direitos Humanos exorta os Estados a abandonar toda a prática que não respeitem os direitos humanos e a instituir serviços e apoios comunitários, centrados na pessoa, que não propiciem a medicalização excessiva ou tratamentos que não respeitem a autonomia pessoal, a vontade e as preferências das pessoas com transtornos mentais e pessoas com deficiência mental¹.

A Organização Mundial da Saúde – OMS aponta que 32% dos países não têm serviços de saúde comunitários, definidos como “qualquer tipo de serviço, supervisão e reabilitação baseado na comunidade para pacientes em saúde mental fora do hospital”² e 30% dos países não têm orçamento específico para saúde mental. Ainda, de acordo com a OMS, em geral, o consentimento informado não é buscado pelos profissionais de saúde, e há relatos de pacientes que são forçados a permanecer internados por semanas, meses e anos em hospitais e outras instituições de saúde mental. Quanto a tratamento desumanos e degradantes, a OMS revela que ocorre de os pacientes serem presos por correntes, muitas vezes enferrujadas, e mantidos em camas-jaula. Muitas vezes, em condições de higiene degradante, sem roupa pessoal, água limpa, comida adequada, roupas de cama, instalações de higiene, aquecimento ou ventilação.³

No Brasil, a obra de Daniela Arbex, o “Holocausto Brasileiro”⁴ expõe de forma crua e sem filtros a desumanização dessas pessoas e a luta árdua para serem consideradas agentes das próprias vidas e sujeitos de direitos. Nas décadas de oitenta e noventa, no país, houve um movimento social singular e potente – conhecido como Reforma Psiquiátrica - em torno do reconhecimento de direitos humanos dos pacientes no campo da saúde mental, de um novo modelo de atenção à saúde mental e de rede de saúde mental. Registre-se a instituição do Centro de Aten-

1 HUMAN RIGHTS COUNCIL. A/HRC/36/L.25. Disponível em: http://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/a_hrc_36_l_25_espanol.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

2 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health, Human Rights and Legislation: WHO's Framework. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/fact_sheet_mnh_hr_leg_2105.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

3 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health, Human Rights and Legislation: WHO's Framework. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/fact_sheet_mnh_hr_leg_2105.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

4 ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração, 2013.

ção Psicossocial – CAPS, e de outras medidas no campo da saúde mental. Dentre os resultados positivos desse movimento, tem-se a adoção da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que emergiu da luta pelo reconhecimento dos direitos humanos dos pacientes, usuários e familiares.

A Lei nº 10.216, de 2001, é uma avanço incontestável na medida em que inaugura uma nova fase na história do reconhecimento dos pacientes com transtornos mentais como sujeitos de direitos e pessoas detentoras de dignidade, logo, de autonomia pessoal, de liberdade de movimento, de realizar escolhas e de participar da tomada de decisão sobre seu próprio cuidado. Igualmente, a Lei busca consolidar as prescrições da Declaração de Caracas, 1990, adotada na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, notadamente, de que os serviços de saúde mental devem ser “centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais e a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços”.⁵

Embora tenham ocorrido avanços, atualmente, as condições de tratamento das pessoas com transtornos mentais e com deficiência mental, no Brasil, ainda estão aquém dos padrões internacionais de direitos humanos. Esse quadro também se encontra retratado em variados contextos, como se verifica no Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas⁶ e em outros Relatórios do Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura⁷, bem como em inspeções realizadas em hospitais psiquiátricos.⁸ Ainda, estudos de Musse⁹ e Albuquerque¹⁰ demonstram o uso de interdições relacionadas a pessoas com transtornos mentais em desacordo com os parâmetros da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Com o objetivo de contribuir para a incorporação de uma perspectiva de direitos humanos na saúde mental, este Relatório Informativo foi produzido pelo Observatório Direitos dos Pacientes, do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, trata de temáticas problemáticas para o campo da saúde

5 Declaração de Caracas. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

6 CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO/MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. RELATÓRIO DA INSPEÇÃO NACIONAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS – 2017. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

7 MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. Relatório de Inspeção no Hospital São Vicente de Paulo – DF, 2018. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-mnpt/RelatriodeMissorealizadaaoHospitalSoVicentededePaulonoDistritoFederal.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

8 MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. MPF participa de ação nacional de inspeção em hospitais psiquiátricos. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/ba/sala-de-imprensa/noticias-ba/mpf-participa-de-acao-nacional-de-inspecao-em-hospitais-psiquiatricos>. Acesso em: 10 jul. 2019.

9 MUSSE, Luciana Barbosa. Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais. In: SANTOS, Maria Paula Gomes. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA, 2018, p.187-229.

10 ALBUQUERQUE, Aline. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris 2018.

mental no Brasil. Espera-se que se possa adensar o debate sobre novas políticas e programas de saúde mental e a sua adequação aos parâmetros de direitos humanos, internacionalmente consolidados. Cada uma das temáticas abordadas neste documento exige diferentes aprofundamentos, sendo assim, optou-se apenas por tratá-las sob a ótica da sua repercussão para os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais ou deficiência mental, logo, questões relativas à esfera médica, psicológica e outras não são objeto deste documento.

Trata-se de Relatório Informativo que busca endossar o dever do Estado brasileiro para com os pacientes em saúde mental previstos em tratados de direitos humanos, notadamente, da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Este Relatório Informativo encontra-se estruturado nas seguintes partes: Interdição Voluntária e Involuntária sob a ótica dos Direitos Humanos; Interdição e Presunção de Incapacidade Jurídica à luz do Direito à Privacidade e da Dignidade Humana; Comunidades Terapêuticas e violações de Direitos Humanos; e Medicalização e Direitos Humanos do Paciente em Saúde Mental.

2. Internação Voluntária e Involuntária sob a ótica dos Direitos Humanos

Aline Albuquerque

2.1. Admissão voluntária e involuntária e a retenção do paciente em instituição de saúde mental

A internação é definida como a admissão do paciente “para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas”.¹¹ Caso seja necessária a admissão do paciente em instituição de saúde mental, como regra, deve-se obter o seu consentimento informado, configurando a admissão voluntária. Quando a admissão é feita sem o consentimento do paciente, essa se caracteriza como involuntária¹².

Segundo os Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental, adotados pela Assembleia Geral da ONU, em 1991, o paciente que tenha sido admitido voluntariamente tem o direito de deixar o instituição a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para a sua retenção como paciente involuntário, hipótese que será tratada posteriormente.

Além da admissão do paciente, voluntária ou involuntária, pode ocorrer a sua retenção, ou seja, a impossibilidade do paciente de deixar o instituição de saúde mental. A retenção é sempre involuntária e pode caracterizar uma privação de liberdade do paciente.¹³

O Relator Especial da ONU sobre o Direito à Saúde insta os Estado a reduzir radicalmente a utilização da institucionalização em situações de atenção à saúde mental, com vistas a eliminar essas medidas¹⁴.

A internação voluntária ou involuntária envolve a admissão do paciente por período igual ou maior a 24 horas e não a sua retenção. No Brasil, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, não estabelece período máximo para a internação involuntária e prevê que seu término dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável

11 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/312.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

12 ONU. Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/DECLARA%C3%87%-C3%83O%20DA%20ONU%20PARA%20O%20CUIDADO%20DAS%20PESSOAS%20COM%20TRANSTORNO%20MENTAL.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

13 CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/38/36. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/101/45/PDF/G1810145.pdf?OpenElement>. Acesso em: 10 jul. 2019

14 CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/38/36. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/101/45/PDF/G1810145.pdf?OpenElement>. Acesso em: 10 jul. 2019

legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.¹⁵ A Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019 fixa que a internação involuntária de pessoas dependentes de drogas perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação e terá o prazo máximo de noventa dias e a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.¹⁶

Observa-se uma lacuna jurídica quanto à retenção de pacientes no Brasil, pois a Lei trata das hipóteses de admissão, sem abordar adequadamente a situação na qual o paciente é mantido na instituição de saúde mental contra a sua vontade. Infere-se da legislação citada, que o paciente em saúde mental pode ser retido indefinidamente ou até que o médico responsável decida. No caso das pessoas dependentes de drogas o prazo máximo é de 90 dias, mas seu término se condiciona também à decisão do médico. Assim, como foi suprimida do paciente a decisão de se manter ou não na instituição de saúde mental, ambas as Leis preveem hipóteses de retenção, sem estabelecer suas condições e atendimento aos parâmetros de direitos humanos.

A retenção de um paciente deve respeitar seus direitos humanos. De acordo com a Corte Europeia de Direitos Humanos, a retenção deve se dar em instituição de saúde adequada que proveja tratamento com qualidade¹⁷. Do mesmo modo, a retenção do paciente apenas se justifica apenas quando for indispensável para garantir a vida do paciente. Além disso, a retenção deve ser combinada com tratamento de qualidade e em conformidade com a vontade e as preferências do paciente.

2.2. *Internação e tratamento*

A internação do paciente é a sua admissão em instituição de saúde mental, o que não se confunde com o seu tratamento, que abarca o cuidado do paciente com a finalidade de alcançar seu bem-estar por meio do enfrentamento de doença, transtorno ou agravo à saúde¹⁸. A internação ou a admissão de paciente em instituição de saúde mental pode acontecer, de forma excepcional, com o objetivo único de preservação da vida do paciente a o tratamento deve ser adotado posteriormente à internação.¹⁹

Embora a internação e o tratamento sejam distintos, não há propósito nenhum na admissão do paciente se não é fornecido tratamento. Isso não significa que o paciente deva ser medicado, pois ele pode se beneficiar por terapias não medicamentosas²⁰.

15 BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 10 jul. 2019.

16 BRASIL. Lei nº 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019. Disponível em: Acesso em: 10 jul. 2019.

17 CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS. Disponível em: https://echr.coe.int/Documents/FS_Disabled_ENG.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

18 MILLER-KEANE, Marie O'Toole. Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health. New York; Saunders, 2000.

19 CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Principais legislações e normativas destinadas às pessoas usuárias de drogas. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/Documento-5-Refer%C3%A2ncias-Legislativas-CT.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

20 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental,

A Lei nº 10.216, de 2001, ao distinguir internação de tratamento, prevê que o tratamento visa, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio e o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral ao paciente, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Distintamente, a Lei nº 13.840, de 2019 confunde internação e tratamento ao estabelecer que a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento, quando trata de internação involuntária.

Considerando os direitos humanos dos pacientes, há outra questão relevante sobre a voluntariedade do tratamento, que se distingue da admissão e da retenção, e que também não foi objeto das legislações brasileiras. O tratamento involuntário se entende como a administração de procedimentos médicos ou terapêuticos sem o consentimento da pessoa afetada²¹. O consentimento ou recusa de uma pessoa à admissão e ao tratamento, são questões distintas, até mesmo porque a capacidade é específica para cada ato, uma pessoa pode não ter capacidade no momento da sua admissão involuntária, mas durante sua hospitalização ter capacidade para tomar decisões relativas ao tratamento²². Assim, especialmente, em condições de hospitalização, é necessário prestar apoio para assegurar que o tratamento se dê de forma voluntária²³.

A OMS estabelece os seguintes requisitos para o tratamento involuntário:

O tratamento sem consentimento somente deve ser considerado quando todas as condições seguintes forem atendidas: 1. A determinação de que o paciente tem um transtorno mental de acordo conforme padrões científicos internacionais. 2. O paciente não tem capacidade decidir sobre o tratamento proposto. 3. O tratamento é necessário para: (i) provocar uma melhora na condição de saúde mental do paciente; e (ii) prevenir deterioração do estado mental do paciente; e/ou (iii) proteger o paciente de dano a si mesmo; e/ou (iv) proteger outros de danos significativos. O tratamento sem consentimento e sem a autorização de um corpo legalmente constituído só deve ser adotado, estritamente, em emergências, e somente enquanto durar a emergência.²⁴

Direitos Humanos e Legislação. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livro-derecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

21 CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Salud mental y derechos humanos Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. A/HRC/34/32. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/37/PDF/G1702137.pdf?OpenElement>. Acesso em: 10 jul. 2019.

22 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livro-derecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

23 CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/38/36. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/101/45/PDF/G1810145.pdf?OpenElement>. Acesso em: 10 jul. 2019

24 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livro-derecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

Mesmo que o paciente tenha sido admitido involuntariamente, a lei brasileira deve assegurar que o paciente e/ou seu representante receba informações completas sobre o tratamento terapêutico proposto, o que inclui saber sobre os efeitos colaterais e quais alternativas estão disponíveis²⁵, o que inexistente atualmente.

2.3. Medidas coercitivas: internação e a admissão involuntárias e a retenção do paciente em instituição de saúde mental

A admissão involuntária e a retenção do paciente são comumente justificadas pela “necessidade médica” ou pela “periculosidade”. Essas justificativas apresentam carga elevada de subjetividade. Não raro o uso de medidas coercitivas, como admissão, internação e retenção, decorre da inexistência de alternativas. Essas medidas na esfera psiquiátrica perpetuam a assimetria de poder entre o paciente e os profissionais, exacerbam o estigma e a discriminação e afastam as pessoas de buscar os serviços de saúde mental²⁶.

A internação involuntária apenas pode vir a se justificar quando for necessária para preservar a vida do paciente incapaz de decidir. Caso o paciente seja capaz de decidir, em regra, o tratamento contra a sua vontade é uma violação de seu direito humano à privacidade, à integridade pessoal e à sua dignidade.

Com base na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência - CDPD é vedada qualquer forma de retenção do paciente baseada na sua deficiência mental ou intelectual. O artigo 14 da CDPD estabelece a proibição de todas as formas de privação de liberdade baseada unicamente na deficiência. Em consequência, o Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência recomenda que os Estados repilam todas as leis vigentes que permitam a institucionalização e o tratamento forçado de pessoas com deficiência, incluindo psicossocial e intelectual, bem como sua internação involuntária vinculada a um suposto diagnóstico de deficiência. Aduz o Comitê que a internação involuntária de pessoas com deficiência baseada no risco ou no perigo, bem como na necessidade de tratamento é contrária ao artigo 14 da CIDPD²⁷. Particularmente quanto à internação involuntária de pessoas que fazem uso problemático de drogas, a OMS e o United Nations Office on Drugs and Crime – UNODOC assenta que “nem a detenção e o trabalho forçado têm sido reconhecidos pela ciência como tratamento para desordens de pessoas que fazem uso de drogas”.²⁸

25 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livro-derecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

26 CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/35/21. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement>. Acesso em: 10 jul. 2019.

27 WANG, Daniel W Liang; KNEENE, Alex Ruck; FLETCHER, Ruth et al. Disability, deprivation of liberty and human rights norms: reconciling European an international approaches. *International Journal of Mental Health and Capacity Law*. 2016. p. 75-101.

28 MÉNDEZ, Juan E. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Disponível em: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HR.C.22.53_English.pdf. Acesso em: 2 ago. 2017

A admissão e tratamento involuntários invadem a privacidade e o direito de autodeterminação do paciente, bem como incrementam o risco de abuso²⁹. Em tese, toda internação sem o consentimento informado do paciente é uma forma de violação do direito à saúde³⁰. A OMS enfatiza a excepcionalidade das medidas coercitivas:

A admissão e tratamento involuntários somente são necessários para uma minoria de pacientes com transtornos mentais e que, em muitos casos em que os pacientes são admitidos e tratados involuntariamente, caso fossem fornecidos um tratamento com qualidade e uma oportunidade adequada para atenção voluntária, a admissão e tratamento involuntários poderiam ser adicionalmente reduzidos³¹

A legislação brasileira deve descrever circunstâncias em que a admissão involuntária e o tratamento involuntário são apropriados, e definir procedimentos adequados. Essa legislação deve proteger os direitos humanos e prever de forma detalhada todo o procedimento de admissão, retenção e tratamento de pacientes em instituições de saúde mental.³²

Parâmetros de Direitos Humanos para internação involuntária segundo os Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental³³

Seja comprovada a presença de transtorno mental conforme critério internacionalmente aceito e baseado em evidência.

O diagnóstico de transtorno mental e a medida de restrição devem ser atos praticados por médico e o paciente deve ser examinado por outro profissional de saúde independente, em separado do profissional que determinou a medida.

Deve ser norteadada pela vontade e preferências do paciente, mesmo em caso de incapacidade decisional. Adotada quando o paciente coloca sua própria vida em risco.

A internação deve ser precedida de cuidados em saúde e seu propósito há que ser terapêutico.

A internação deve ser a medida mais eficaz, após todas as demais terem sido tentadas e se revelado incapazes de obstar a ameaça do paciente a si mesmo.

29 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livro-derecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

30 CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/38/36. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/101/45/PDF/G1810145.pdf?OpenElement>. Acesso em: 10 jul. 2019.

31 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livro-derecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

32 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livro-derecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

33 ONU. Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtornos Mentais e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/DECLARA%C3%87%-C3%83O%20DA%20ONU%20PARA%20O%20CUIDADO%20DAS%20PESSOAS%20COM%20TRANSTORNO%20MENTAL.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

O instituição de saúde mental deve ser acreditada para prover cuidados em saúde mental, adequados e apropriados previamente à admissão de pacientes internados involuntariamente.

A medida deve ser de curta duração.

A internação deve ser analisada por Corpo de Revisão, previsto na legislação dos países.

2.4. Comparação entre o regime legal da internação involuntária prevista na Lei nº 10.216, de 2001 e o da Lei nº 13.840, de 2019

A internação involuntária se encontra prevista na Lei nº 10.216, de 2001 e na Lei nº 13.840, de 2019. O quadro abaixo busca distinguir o regime de tratamento legal da internação involuntária de acordo com seus elementos caracterizadores com o objetivo de permitir a reflexão sobre os direitos humanos das pessoas submetidas à internação involuntária, tendo como parâmetro os critérios internacionais apontados nos itens antecedentes.

Elementos caracterizadores da internação involuntária	Lei nº 10.216, de 2001	Lei nº 13.840, de 2019
Caracterização	Internação psiquiátrica	Regime de Tratamento de pessoas que fazem uso problemático de drogas
Hipótese de ocorrência	Mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.	Formalização da decisão por médico responsável e será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde.
Quem pode autorizar	Médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o instituição.	Médico
Quem pode solicitar	Pedido de terceiro	A pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública

Condição	A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.	A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.
Vedações	Instituições com características asilares.	É vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.
Término	O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.	Perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável; a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento.
Fiscalização	A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do instituição no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.	Todas as internações e altas de que trata esta Lei deverão ser informadas, em, no máximo, de 72 horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização.

2.5. Internação compulsória: peculiaridade do Brasil

A internação compulsória é medida de caráter judicial e sem natureza terapêutica. A internação compulsória prevista na Lei nº 10.216, de 2001, não se enquadra no campo da saúde mental, ou seja, não detém natureza de cuidados em saúde. A internação compulsória se restringe à pessoa condenada com pena de reclusão e declarada inimputável.

Tomando como base os artigos 26, 28 e 92 do Código Penal, a autoridade judiciária não pode determinar a internação compulsória sem que a pessoa, que receba a determinação, tenha cometido algum crime e passado por julgamento, asseguradas todas as garantias de defesa, e que ao final seja considerada inimputável.

3. Interdição e Presunção de Incapacidade Jurídica à luz do Direito à Privacidade e da Dignidade Humana

Isis Machado e Kalline Eler

3.1 Capacidade Jurídica e Capacidade Decisional

O Código Civil dispõe que toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil³⁵. Essa capacidade jurídica citada no Código Civil abarca a capacidade legal e a agência legal. A capacidade legal diz respeito ao reconhecimento da titularidade de direitos e a agência legal à faculdade de exercê-los. Assim, no âmbito dos direitos humanos, a compreensão da capacidade jurídica é feita baseada no Comentário Geral nº 1 do Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência³⁴ que se dedica à interpretação do art. 12 da CDPD³⁵ e no QualityRights – Protecting the right to legal Capacity in mental health and related services³⁶, produzido pela Organização Mundial da Saúde – OMS. A capacidade jurídica diz respeito ao reconhecimento da pessoa pela comunidade, à construção da sua identidade, bem como ao controle sobre a própria vida. Assim, é a capacidade que permite o exercício da autonomia pessoal e, por isso, é considerada um direito humano absoluto.

34 COMMITTEE ON THE RIGHT OF PEOPLE WITH DISABILITIES. Article 12: Equal recognition before the law. Disponível em <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-12-equal-recognition-before-the-law.html> Acesso em 03 ago 2019.

35 Artigo 12 Reconhecimento igual perante a lei 1.Os Estados Partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito de ser reconhecidas em qualquer lugar como pessoas perante a lei. 2.Os Estados Partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida. 3.Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal. 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. 5.Os Estados Partes, sujeitos ao disposto neste Artigo, tomarão todas as medidas apropriadas e efetivas para assegurar às pessoas com deficiência o igual direito de possuir ou herdar bens, de controlar as próprias finanças e de ter igual acesso a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro, e assegurarão que as pessoas com deficiência não sejam arbitrariamente destituídas de seus bens.

36 WHO. QualityRights: Protecting the right to legal Capacity in mental health and related services. Disponível em: <https://www.medbox.org/dl/5e148832db60a2044c2d5377>. Acesso 30 mar 2020.

Segundo o referencial dos direitos humanos, todas as pessoas são titulares de direitos e possuem livre agência para exercê-los, em condição de igualdade.³⁷

No Brasil, a agência legal ainda é entendida pelo campo jurídico³⁸ como a capacidade de fato, que diz respeito à prática pessoal dos próprios direitos. Isso significa que, embora uma pessoa possa ser legalmente capaz, poderá não exercer seus direitos de forma pessoal, dependendo, para tanto, de um representante, no caso de incapacidade absoluta, ou de um assistente, na hipótese de incapacidade relativa.

A capacidade decisional ou mental refere-se às habilidades necessárias para que o indivíduo possa tomar decisões acerca de sua própria vida. Há que se ressaltar que as habilidades decisoriais interagem também com fatores sociais, que se alteram a depender do contexto em que a pessoa está inserida.

A capacidade decisional como a capacidade para tomada de decisões sobre a própria vida, o que envolve entendimento de informações relevantes que permitam decisão sobre determinada dimensão da vida, levando em conta possíveis consequências³⁹.

A capacidade decisional como habilidade de tomar decisões, pode ser influenciada por inúmeros fatores, de ordem biológica, individual ou social. Observa-se que no Brasil, a esfera jurídica ignora o conceito de capacidade decisional e permite a interdição de pessoas com base em laudos e perícias de deficiência mental, de transtorno mental ou de enfermidade, sem qualquer consideração da capacidade decisional da pessoa submetida ao processo de curatela. O Código de Processo Civil trata de prova pericial para a avaliação da capacidade do interditando para praticar atos da vida civil. Contudo, o Código de Processo Civil não define o que é essa capacidade e quais são os critérios para a sua avaliação. Essa imprecisão jurídica e conceitual tem ocasionado a declaração equivocada de incapacidade de pessoas com deficiência intelectual, com transtorno mental ou que fazem uso problemático de drogas⁴⁰. Importante destacar que a ONU⁴¹ e a OMS⁴² já têm se posicionado no sentido de que é discriminatório declarar uma pessoa sem

37 ALBUQUERQUE, Aline. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris 2018

38 TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. Manual de Teoria Geral do Direito Civil. Belo Horizonte: Del Rey; 2011.

39 CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. NOTA TÉCNICA Nº 6/2019/GTEC/CG. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Nota-T%C3%A9cnica06.2019Avalia%C3%A7%C3%A3o-da-Capacidade-Decisional-de-PCDs.docx-1.pdf>. Acesso em 10 set.

40 ALBUQUERQUE, Aline. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris 2018.

41 WHO Protecting the right to legal capacity in mental health and related services. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254805/WHO-MSDMHP17.5eng.pdf;jsessionid=78CDE758B85B5121405A261B4FBAA386?sequence=1> Acesso em 03 ago 2019.

42 COMMITTEE ON THE RIGHT OF PEOPLE WITH DISABILITIES. Article 12: Equal recognition before the law. Disponível em <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-12-equal-recognition-before-the-law.html> Acesso em 03 ago 2019.

capacidade decisional com base em sua deficiência⁴³, transtorno mental ou outra condição de saúde mental. Portanto, o Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência estabelece o reconhecimento da capacidade jurídica universal, de modo que as dificuldades no exercício da capacidade decisional não podem servir de justificativa para declarar alguém incapaz. Assim, ainda que algumas pessoas, em determinado momento, apresentem uma inabilidade para decidir, serão consideradas capazes, podendo recorrer a apoios no processo de tomada de decisão. Se os apoios se revelarem insuficientes, a pessoa poderá indicar ou ter designado uma pessoa para decidir por ela com base na sua vontade e preferências. Ressalta-se que, no cenário atual, a curatela ainda não foi abolida, tal como sustentado pelo Comitê, mas sua aplicação é residual.

3.2 Interdição de pessoas com transtornos mentais no Direito Brasileiro à luz do referencial dos Direitos Humanos

Atualmente, há consenso internacional no sentido de que a interdição é uma violação de direitos humanos, na medida em que suprime a agência legal, impedindo as pessoas de realizar escolhas sobre a própria vida e de conduzi-la conforme suas crenças e valores. As pessoas com transtornos mentais foram historicamente submetidas a processos de interdição sob argumentos de “falta de lucidez”, “ausência de discernimento” ou de não “estarem no pleno gozo de suas faculdades mentais”. Dados do Ministério Público do Estado do Paraná apontam que as pessoas com transtornos mentais são as mais submetidas aos processos de interdição⁴⁴.

Tal situação está em desacordo com o preconizado pela OMS, que sustenta a presunção de capacidade de todas as pessoas, até que se comprove o contrário. Assim, a presença de um transtorno mental não implica necessariamente na incapacidade, devendo ser avaliadas as habilidades da pessoa com transtorno mental para tomar uma decisão específica. A capacidade, consoante o Livro de Recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação, não se fundamenta no status da pessoa e tampouco consiste em uma construção binária na qual existem apenas duas categorias de pessoas, as capazes e as incapazes.

A OMS adota a abordagem funcional na qual a capacidade está diretamente ligada ao tipo de decisão a ser tomada, ao momento específico e ao contexto particular na qual a decisão se insere. A capacidade, portanto, pode oscilar, razão pela qual é importante que se compreenda que há capacidades específicas, como é o caso das capacidades para tomar decisão de tratamento em saúde; escolher um substituto na tomada de decisões; ou ainda para tomar decisões financeiras⁴⁵. Dessa forma, a interdição irrestrita de pessoas que possuam transtornos mentais desconsidera por completo o entendimento de que existem capacidades específi-

43 ALBUQUERQUE, Aline. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris 2018

44 ALBUQUERQUE, Aline. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris 2018

45 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS. Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. 2005.

cas e diversas que permeiam a vida de todos os indivíduos. Ressalta-se, por fim, que, na perspectiva dos direitos humanos, a pessoa com incapacidade decisional não poderá ser declarada juridicamente incapaz, pois a capacidade jurídica é considerada um direito absoluto.

A interdição se encontra prevista no Código de Processo Civil e consiste no processo que visa determinar judicialmente a curatela daquele que é considerado incapaz. Esse procedimento tem por finalidade estabelecer limites para a indivíduo considerado incapaz no que tange ao exercício pessoal de determinados direitos. Desse modo, o juiz nomeia o curador e fixa os limites da curatela, segundo o estado e o desenvolvimento mental da pessoa curatelada⁴⁶.

O Código Civil prevê que estão sujeitos à curatela: a) aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; b) os ébrios habituais e os viciados em tóxico; c) os pródigos⁴⁷. Tal previsão encontra-se em dissonância com o Modelo de Capacidade Jurídica baseada nos direitos humanos, pois, primeiramente, estabelece critérios preditores de incapacidade, pautados em aspectos frágeis e discriminatórios, desconsiderando a avaliação da capacidade decisional, ou seja, estabelece previamente que essas pessoas estão sujeitas à curatela, ignorando suas capacidades concretas para tomar decisões sobre sua vida. Em segundo lugar, ao submeter os indivíduos à curatela, o dispositivo distancia-se das recomendações do Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que advoga pela abolição da curatela⁴⁸. Essa posição do Comitê foi considerada radical e muitos países têm sustentado que, no cenário atual, ainda não é possível aboli-la, mas há consenso internacional de que sua aplicação deve ser residual. Assim, tem-se defendido que é necessário mudar o epicentro do Regime de Incapacidade pelo Regime de Decisão Apoiada, competindo ao Estado oferecer suportes para aqueles que apresentam alguma incapacidade decisional⁴⁹. Há, portanto, na perspectiva dos direitos humanos uma preferência pelos mecanismos de decisão apoiada em detrimento dos mecanismos de decisão substituta.

De modo diverso do preconizado pelos instrumentos e documentos de direitos humanos, o Código de Processo Civil prevê a possibilidade de se lançar mão da ação de interdição sem previamente conferir à pessoa os apoios para tomada de decisão. No processo de interdição atual, considera-se que a curatela diz respeito a “atos da vida civil”, mas, em verdade, a curatela consistem em ampla supressão de direitos humanos, quando total. Além disso, o requerente da curatela deve apresentar o laudo médico que comprove suas alegações e, na impossibilidade de juntar, deverá justificar a impossibilidade de fazê-lo. Nota-se que com o mero laudo médico pode-se pedir a curatela, quanto a esse ponto são pertinentes as seguintes considerações:

46 BRASIL. Lei nº 13.105 de 16 de março de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm Acesso em 05 ago 2019.

47 Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em 21 ago 2019.

48 COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES. General comment no. 1: Article 12: equality before the law. Disponível em: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en. Acesso em: 20 set 2019.

49 ALBUQUERQUE, Aline. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris 2018

a) A inabilidade decisional não é uma assunto médico apenas, mas interdisciplinar.

b) A inabilidade decisional não é comprovada por laudo médico, mas sim por Avaliações de Capacidade Decisional, validadas cientificamente.

c) O fato de um laudo médico apontar uma enfermidade jamais pode ser motivação para a curatela, pois doença não é sinônimo de inabilidade decisional.

Apenas em situações extremas, como a do coma, o laudo médico pode ser suficiente. No processo perante o Poder Judiciário, há previsão de prova pericial, que deverá ser realizada por equipe com formação multidisciplinar, para avaliação da capacidade da pessoa para a prática de atos cotidianos, sendo que a perícia indicará especificamente, se for o caso, para quais atos haverá a necessidade de curatela.⁵⁰

O procedimento de interdição no Brasil não se ajusta ao referencial dos direitos humanos e apresenta uma série de lacunas, já que com base em laudo médico, que não necessariamente precisa ser conferido por equipe multiprofissional apta a avaliar as mais distintas áreas da vida da pessoa, o juiz poderá conceder, em sede de decisão liminar, a curatela provisória da pessoa, para, apenas posteriormente, realizar adequada avaliação sobre suas habilidades para tomada de decisão. Ressalte-se que não há parâmetro específico descrito na Lei para a realização de tal avaliação. Assim, enquanto outros países discutem a avaliação da capacidade decisional baseada em testes validados, como por exemplo o *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment - MacCAT-T*, o teste mais difundido no mundo para a avaliação da capacidade decisional, no Brasil, as pessoas são declaradas incapazes e interditadas com fundamento em um laudo pericial.

A interdição, assim como a internação compulsória de pessoas com transtornos mentais e que fazem o uso problemático de álcool e outras drogas, retrata flagrante violação aos direitos humanos de tais pessoas, expondo-as a uma condição limítrofe na qual sua capacidade para gerir a própria vida é constantemente questionada ou até mesmo considerada como inexistente.

Percebe-se, portanto, que o Código de Processo Civil não se ajustou à CDPD, pois ainda permite a declaração de incapacidade por meio do processo de interdição. Ainda, o Código permite que haja a interdição sem a avaliação da capacidade decisional da pessoa sujeita ao processo de curatela. Assim, no caso da pessoa em uso problemático de drogas, essa passa a ser privada da administração da sua própria vida, deixando de exercer seus direitos. Pesquisas demonstram que a declaração de incapacidade produz desvantagens sociais e legais, incluindo danos psicológicos, estigmatizantes, perda da credibilidade, aumento da vulnerabilidade, efeitos negativos na autoestima, motivação e funcionamento global do indivíduo⁵¹. Além disso, a atribuição do rótulo de incapaz a uma pessoa acaba por constituir uma profecia “autorrealizável”, pois poucas (ou nenhuma) tentativas serão empregadas para aumentar a capacidade decisional da pessoa em relação às diferentes

50 BRASIL. Lei nº 13.105 de 16 de março de 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm Acesso em 05 ago 2019.

51 ALBUQUERQUE, Aline. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris 2018.

áreas da sua vida⁵².

3.3. Tomada de Decisão Apoiada no Código Civil

A partir da promulgação da Lei n. 13.146/2015⁵³, denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência, que materializou no âmbito do Direito Brasileiro a CDPD, foi incorporado ao Código Civil brasileiro a Tomada de Decisão Apoiada, cujo objetivo é proporcionar proteção e conferir maior autonomia pessoal a pessoas com deficiência, que podem nomear dois apoiadores a fim de apoiar-lhes na tomada de decisão. Esse novo modelo parte do pressuposto de que toda pessoa é capaz para tomar suas próprias decisões, necessitando, em determinados casos, de apoio para exercer seus direitos na vida cotidiana.⁵⁴

Entretanto, distintamente da Tomada de Decisão Apoiada, prevista na legislação civil brasileira apenas para as pessoas com deficiência, a Abordagem da Tomada de Decisão Apoiada fundamentada no referencial dos direitos humanos, é endereçada a todas as pessoas com inabilidade decisional, o que não guarda relação direta com deficiência ou transtorno mental.

No modelo brasileiro de Tomada de Decisão Apoiada, serão nomeados dois apoiadores que irão compor o núcleo do apoio cujo objetivo é fornecer à pessoa com deficiência os elementos e as informações necessárias para que possa tomar decisão sobre a própria vida. Neste modelo, o pedido de apoio é direcionado ao juiz que irá designar uma equipe interdisciplinar para realizar a avaliação da pessoa interessada, além de proceder a uma entrevista com ela e com as pessoas que lhe prestarão o apoio.

O Código Civil também prescreve as regras que devem ser observadas para que os negócios jurídicos realizados pela pessoa apoiada tenham validade, sendo que, em caso de divergência de opiniões entre a pessoa apoiada e um dos apoiadores, o juiz irá decidir sobre a questão. Por fim, a legislação civil dispõe que se aplicam à tomada de decisão apoiada, no que couber, as disposições referentes à prestação de contas na curatela.

A Tomada de Decisão Apoiada, tal como disposto no Código Civil, é desenvolvido sob a ótica patrimonialista, ou seja, visa apoiar a celebração de negócio jurídico, como se o núcleo fundamental da vida de qualquer pessoa fosse a proteção de seu patrimônio. Apesar de reconhecer o avanço que a Tomada de Decisão Apoiada representa para o Direito brasileiro, ainda se revela alguém sob a ótica da promoção da autonomia pessoal. Assim, observa-se que o foco ainda está centrado na validade e na produção de efeitos do negócio jurídico celebrado, apartando-se da perspectiva promocional da autonomia e da capacidade decisional da

52 PURSER, Kelly. *Capacity Assessment and the Law*. Gewerbestrasse: Springer International Publishing; 2017.

53 BRASIL. Lei nº 13.146/2015 de 06 de julho de 2015. Instituiu o Estatuto da Pessoa com Deficiência, 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20152018/2015/lei/l13146.htm Acesso em 05 ago 2019.

54 DE FARIAS, Cristiano Chaves; CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. *Estatuto da pessoa com deficiência comentado: artigo por artigo*. Salvador: JusPODIVM, 2017.

pessoa com deficiência.

O ordenamento jurídico brasileiro não prevê outros meios de apoio tal como determina o artigo 12.3 da CDPD. Do ponto de vista dos direitos humanos, os suportes mais adequados podem ser assim enumerados⁵⁵:

1. Mecanismos não-jurídicos de Tomada de Decisão Apoiada: Círculos de Suporte, Diálogo Aberto e Ombudsman Pessoal
2. Mecanismos jurídicos de Tomada de Decisão Apoiada: Acordo de Representação e Acordo de Decisão Apoiada
3. Mecanismos de manifestação de vontade e preferências: Planos Antecipados e Diretivas Antecipadas
4. Curatela apenas para casos em que não for possível apoiar a pessoa com inabilidade decisional reduzida, como nos casos de coma e estado vegetativo persistente.

Portanto, a inovação legislativa não foi suficiente para mudar o mudar o epicentro do modelo brasileiro de capacidade jurídica, ou seja, da curatela para a Abordagem da Tomada de Decisão Apoiada, ou seja, o processo de interdição continua sendo a regra, notadamente a curatela total, que consiste na supressão do exercício de todos os direitos.

3.4 Interdição de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas

O Direito brasileiro prevê a possibilidade de interdição de pessoas que fazem problemático de drogas, ao estabelecer no Código Civil que estão sujeitos à curatela “os ébrios habituais e os viciados em tóxico”. Como se nota, tal previsão legal pressupõe que aqueles que fazem o uso problemático de álcool e outras drogas se encontram com a capacidade decisional afetada, razão pela qual deveriam estar sujeitos à curatela. Ressalte-se que o uso dos termos ‘ébrios habituais’ e ‘viciados’ para referir-se a tais pessoas, possui cunho pejorativo, que automaticamente estigmatiza as pessoas que se encontram em tal situação. Desse modo, a norma é discriminatória, na medida em que rotula jurídica e socialmente tais pessoas como incapazes. Aduz-se que a interdição dessas pessoas mostra-se extremamente prejudicial para seu tratamento e até mesmo para sua reabilitação, pois o interditado experimenta espécie de ‘morte social’, na medida em que é privado de tomar decisões acerca de seu autogoverno⁵⁶.

Diante disso, a resposta do ordenamento jurídico para as pessoas que vivenciam vulnerabilidades específicas, tais como aquelas que fazem uso problemático de drogas, deve ser no sentido de garantir seus direitos, de desenvolver capacidades de resiliência e condições sociais, de minimizar as circunstâncias desfavoráveis e de promover a agência e autonomia do indivíduo. Segundo o Relatório da ONU

55 ALBUQUERQUE, Aline. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris 2018.

56 JAMES, Krista. Understanding the Lived Experiences of Supported Decision-making in Canada: Legal Capacity, Decision-making and Guardianship. 2014.

sobre direito à saúde⁵⁷, a presunção de incapacidade de pessoas que fazem uso problemático de drogas abre portas para abusos, funcionando como pretexto para o tratamento involuntário, submissão a tratamentos experimentais administrados sem o consentimento, intervenções psicológicas e trabalhos forçados, que negam às pessoas o direito de participar de um tratamento consensual. Assim, o papel do Estado, enquanto garantidor de direitos, é o de desenvolver mecanismos apropriados de apoio para as pessoas em tais situações, reduzindo o preconceito, a discriminação e seu estigma. O argumento da proteção não pode ser empregado para suprimir direitos humanos dessas pessoas e torna-las objeto de proteção do Estado. De modo diverso à interdição baseada meramente no status da pessoa, o Estado deve fornecer suportes necessários para que possa decidir sobre a própria vida, respeitando sua vontade e preferências quando da construção de sua decisão.

Conclui-se que a Abordagem da Tomada de Decisão Apoiada deve ser o novo paradigma do modelo brasileiro de capacidade jurídica, pois é a forma mais eficaz de preservar a autonomia das pessoas com inabilidade decisional. A curatela mitiga o status moral daquele que faz uso problemático de drogas diante dos demais, o estigmatiza e constitui uma forma de isolamento social.

57 GROVER, Anand. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations General Assembly A/64/272, 2009. Disponível em <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/477/91/PDF/N1047791.pdf?OpenElement> Acesso em 14 set 2019.

4. Comunidades Terapêuticas e violações de Direitos Humanos

Artur Mamed e Thatiana Ayres

4.1. Definição das Comunidades Terapêuticas

As preocupações concernentes ao uso problemático de drogas e suas consequências em todo mundo são crescentes e vêm ocupando lugar significativo na mídia, nas políticas de Estado, nos planos de governo e no cotidiano dos trabalhadores e dos serviços de saúde mental⁵⁸. Em resposta a essa demanda, uma das modalidades de enfrentamento mais amplamente adotadas é o modelo de tratamento das Comunidades Terapêuticas – CT's que é utilizado de modo parcialmente sistematizados⁵⁹.

No Brasil, no início do processo de emprego das CT's no campo do enfrentamento do uso problemático de drogas, as CT's não faziam parte da rede de atenção à saúde, já que não eram reconhecidas enquanto serviços de saúde. Sua regulamentação para funcionar como instituição de tratamento de usuários de drogas deu-se inicialmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Resolução - RDC nº 101, de 2001⁶⁰. Contudo, a possibilidade de as CT's estabelecerem convênio com o Sistema Único de Saúde - SUS ocorreu efetivamente a partir de 2011, com a promulgação da Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde - MS.

Ao instituir a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do SUS, a referida Portaria passou a prever a participação de CT's enquanto componente da RAPS.

De acordo com a Portaria nº 3.088, de 2011⁶¹ as CT's passaram a constar como pontos atenção para a composição da RAPS. Seguiu-se, então, a Portaria nº 131,

58 FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, abr. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812015000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2019.

59 FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 94-115, abr. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812015000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2019.

60 ANVISA. Agência nacional de vigilância sanitária. Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 101, de 30 de maio de 2001.

61 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 30.88, de 26 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2011. p. 230/232.

de 26 de janeiro de 2012⁶², do MS, por meio da qual foi instituído o incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CT's, no âmbito da RAPS. Para efeitos dessa Portaria, os Serviços de Atenção em Regime Residencial são definidos como “serviços de saúde de atenção residencial transitória, que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis, decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas”⁶³, sendo as CT's definidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial.

Observa-se, por exemplo, que o principal método de tratamento nas CT's consiste na abstinência do uso de substâncias psicoativas, abarcando, ademais, atividades laborativas, convivência entre pares, disciplinamento e suporte religioso⁶⁴. Assim, o tratamento fornecido geralmente se destina a manter as pessoas sob controle. Os pacientes, nas CT's, em geral, não são consultados sobre seus cuidados ou meios de alcançar sua recuperação, e, em muitos casos recebem tratamento contra sua vontade e preferências⁶⁵. Segundo Grover, Relator Especial da ONU, manter pessoas em centros obrigatórios de reabilitação, sem o consentimento informado individual, não é apenas uma violação do direito à saúde, mas também ilegal no direito internacional⁶⁶. Desta forma, nota-se que as CT's favorecem a reprodução de diversas violações de direitos humanos, que irão impactar negativamente sobre essa população que buscam melhores condições de vida.

Como forma de evitar que pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras tenham serviços de baixa qualidade, a OMS lançou em 2012 uma ferramenta que tem como objetivo a avaliação dos serviços de saúde mental, conhecida como Quality Rights, o instrumento garante direitos humanos nos cuidados em saúde mental⁶⁷. A ferramenta Quality Rights possibilita identificar os problemas nas práticas de saúde existente e com isso planejar de forma mais eficaz serviços de boa qualidade, que respeitem os direitos humanos das pessoas.

62 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: Acesso em 20 out. 2019.

63 Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em 20 out. 2019.

64 Nota Técnica. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf Acesso em 20 out. 2019.

65 Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-emcomunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 10 ago. 2019.

66 UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Disponível em: <https://www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/2012/04/dcs/story.html>. Acesso em 20 out. 2019.

67 Organização Mundial da Saúde. WHO QualityRights Tool Kit. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410_eng.pdf;jsessionid=E0F6F98555CAD196841DD9A09A335F02?sequence=3. Acesso em 20 out. 2019.

4.2. A centralidade das Comunidades Terapêuticas na Política de Saúde Mental

Em 21 de dezembro de 2017, o MS publicou a Portaria nº 3.588, que altera a RAPS, representando uma mudança na lógica de cuidado em saúde mental. Dessa forma, a Portaria estimula a internação e amplia a quantidades de leitos especializados⁶⁸. Posteriormente, em 2019, foi elaborada a Nota Técnica N°11/2019⁶⁹, que altera a Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A Nota prevê o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos e CT's na RAPS, o que favorece o retorno do modelo asilar e a criação de ambiência propícia para a violação de direitos humanos das pessoas institucionalizadas.

Essas mudanças na Política de Saúde Mental e na Política Nacional sobre Drogas foram alvo de críticas por parte de especialistas da área, conselhos profissionais e associações que denunciaram o enfraquecimento dos serviços substitutivos e da rede de base territorial. Essas mudanças fomentam a implantação de dispositivos voltados para a lógica manicomial e que são restritivos da autonomia pessoal⁷⁰. Segundo seus críticos, o documento negligencia a lógica do cuidado em rede, a regionalização da saúde e a participação da sociedade civil, desta forma desrespeitam a implantação dos serviços que foram fundamentados na Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Foi promulgado o Decreto no 9.761, de 11 de abril de 2019, que prevê mudanças na Política Nacional sobre Drogas⁷¹. Novas estratégias com foco contrário ao proposto pela política de redução de danos serão adotadas, como a promoção da abstinência do paciente que está em sob cuidado em saúde. As mudanças ocorridas na Política sobre Drogas restringem o direito à saúde das pessoas afetadas.

A Assembleia Geral, o Conselho de Direitos Humanos, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Comitê de Direitos da Criança, o Comitê de Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, o Relator Especial sobre o direito de todos à gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental e o Relator Especial sobre tortura e outros tratamentos ou punições cruéis, desumanos ou degradantes, todos consideraram que medidas de redução de danos são essenciais para pessoas com necessidades. A medida respeita o ser humano, sua singularidade, sua condição e, preserva a autonomia da pessoa para fazer suas escolhas, promove assim, uma reflexão e a ressignificação da relação da pessoa com a substância⁷². De forma geral a RD busca promover ações com o objetivo diminuir qualquer dano de natureza biopsicossocial e econômica das pessoas dependentes de

68 Brasil. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 20 out. 2019.

69 Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019CGMAD/DAPES/SAS/MS Disponível em: <http://pbpd.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 20 out. 2019.

70 Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-anotatecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em 20 out. 2019.

71 Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 10 ago. 2019.

72 Conselho Federal de Psicologia. Governo Federal decreta fim da política de Redução de Danos. <https://site.cfp.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-de-danos/>. Acesso em 20 out. 2019.

drogas, sem condiciona – la à abstinência⁷³.

Em junho de 2019, foi sancionada a Lei nº 13.840, a norma defini as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e trata do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências⁷⁴. Com a nova lei, o governo fortalece as comunidades terapêuticas, favorecendo assim que a prática de cuidados em saúde seja realizada nestes locais. Comunidades essas fundamentadas no isolamento social, na terapia pelo trabalho, abstinência e fé religiosa.

As mudanças ocorridas na política nacional de drogas, foram aprovadas sem a participação da sociedade civil, do Conselho Nacional de Saúde⁷⁵ e caminham na contramão dos instrumentos e documentos internacionais da ONU, da OEA e da OMS, documentos, que visam à proteção dos direitos das pessoa que fazem o uso de drogas, conforme os tratados de direitos humanos ratificados pelo Estado Brasileiro⁷⁶.

4.3. As comunidades terapêuticas e violações de direitos humanos

O Relatório A/HRC/22/53 do Relator Especial da ONU sobre tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes, determina que o isolamento de pessoas em ambientes fechados deve ser proibido de forma absoluta⁷⁷. Do mesmo modo, outros documentos que se aplicam ao Estado Brasileiro proibem a internação de pessoas em locais com características asilares⁷⁸, como, por exemplo, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, a Declaração de Caracas, adotada pela OMS em 1990, Princípios para a proteção de Pessoas acometidas com transtorno mental e para a Melhoria e Assistência à saúde mental⁷⁹. A Resolução A/HRC/36/L.25, do Conselho dos Direitos Humanos da ONU, referente aos Direitos Humanos em Saúde Mental fixa balizas para os Estados sobre o direito das pessoas com transtorno mental e deficiência intelectual/mental. A Resolução reafirma também as obrigações do Estado de proteger, promo-

73 Conselho Federal de Psicologia. Nova lei sobre drogas amplia internação involuntária e deverá prejudicar pessoas em situação de vulnerabilidade social. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/nova-lei-sobre-drogas-amplia-internacao-involuntaria-e-devera-prejudicarpessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-social/> ⁶⁸ Brasil. LEI Nº 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm. Acesso em 20 out. 2019.

74 Brasil. LEI Nº 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm. Acesso em 20 out. 2019.

75 RECOMENDAÇÃO Nº 018, de 12 de abril de 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco018.pdf>. Acesso em 20 out. 2019.

76 Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá; 2016.

77 MENDEZ, Juan. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. [Internet]. 2013. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf. Acesso em 10 ago. 2019.

78 Nota pública conjunta contra a ampliação e financiamento público de leitos em hospitais psiquiátricos. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/nota-publica-conjunta-pfdc_cndh-e-mnpct.

79 Organização Mundial da Saúde. Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação, 2005. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livrode-recursosrevisao_FINAL.pdf Acesso em: 10 ago. 2019.

ver e respeitar os direitos humanos e garantir a liberdade fundamental, como deve também se comprometer em promover serviços de cuidado em saúde em conformidade com os padrões de direitos humanos. Determina que o Estado tem o dever de adotar, aplicar, reforçar e supervisionar normas e políticas públicas, com o objetivo de cessar práticas que violem os direitos do paciente⁸⁰.

Cabe ressaltar, que o tratamento só se torna terapêutico e eficaz quando existe a participação ativa do paciente e quando seus direitos são respeitados. Observa-se que a Lei nº 13.840, de 2019⁸¹, representa um retorno ao modelo hospitalocêntrico, cujo foco é na doença e não na pessoa. Trata-se de um modelo que valoriza uma visão medicalizante do sofrimento e desconsidera os determinantes sociais de saúde, bem como o bem-estar e a qualidade de vida do paciente. Além disso, a submissão da pessoa a tratamentos degradantes e desumanos, tal como o tratamento forçado, é considerada um dos atos de violações que causam maior prejuízo ao ser humano, retira sua dignidade e agrava seu quadro de saúde⁸². Assim, é impossível reabilitar um ser humano negligenciando seus direitos e com uso de violência. O Estado Brasileiro tem aumentado progressivamente o investimento em CT's, e esse modelo já concorre com o investimento destinado aos serviços de atenção psicossocial substitutivo aos manicômios, causando a redução dos investimentos no CAPS⁸³.

O Estado não pode ser conivente com a tortura, e, ademais, tem a obrigação de impedi-la. Como forma de evitar que Instituições que privam pessoas de liberdade violassem direitos e praticassem maus tratos, foram instituídos no Brasil pela Lei nº 12.847, de 2 de agosto de 2013⁸⁴, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à tortura e o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, seguindo os critérios das recomendações internacionais e ratificados pelo Brasil, como o Protocolo Facultativo à Convenção Contra a Tortura pelo Decreto nº 6085, de 19 de abril de 2007⁸⁵. Para combater tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, foi realizado uma ação conjunta do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) para fiscalizar as CT's no ano de 2017⁸⁶. O relatório dessa inspeção reportou que pessoas eram

80 ONU. Assembleia Geral. Disponível em: <https://undocs.org/A/HRC/36/L.25>. Acesso em: 10 ago. 2019.

81 Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20192022/2019/Lei/L13840.htm. Acesso em 20 out. 2019.

82 ONU. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez [Internet]. 2013. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf. Acesso em 20 out. 2019.

83 IPEA. Nota Técnica Perfil Comunidades Terapêuticas. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em 20 out. 2019.

84 Brasil. Lei nº 12.847, de 2 de agosto de 2013. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2013/Lei/L12847.htm. Acesso em 20 out. 2019.

85 Brasil. Decreto nº 6.085, de 19 de abril de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6085.htm. Acesso em 20 out. 2019.

86 Ministério dos Direitos Humanos. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/sistema-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-snpct/mecanismo/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-mnpct>. Acesso em 17 mar. 2020.

submetidas a tratamento degradantes nestes locais e tinham seus direitos violados, sofriam agressões físicas como punições, eram impedidas de deixar o local, muitos espaços não possuíam infraestrutura e higienização adequada. Nesses espaços, medicações eram administradas em excesso e sem devido acompanhamento médico, sendo utilizadas como meio de contenção e punição. Pacientes eram mantidos isolados da sociedade sem contato com familiares, eram forçados a realizar trabalhos braçais e sem remuneração. Foram relatados casos de desrespeito à orientação sexual. Seus pertences e documentos eram retidos no ato da internação, suas correspondências, violadas. Havia ausência de avaliação e laudo médico para internação. Analisaram também que era comum a violação de liberdade religiosa e a ausência de projetos voltados para desinstitucionalização⁸⁷.

Desse modo, pode-se constatar na maioria das comunidades terapêuticas o os direitos das pessoas que fazem uso de drogas são violados, como os seguintes: direito à vida; direito ao respeito pela vida privada; direito à liberdade; direito de não ser discriminado; e o direito de não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos e degradantes⁸⁸. Cabe ressaltar que todos os direitos citados estão previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos e em tratados de direitos humanos adotados no âmbito da ONU e da OEA, ratificados pelo Estado brasileiro. Os pacientes que vão para as CT's, devem ser protegidos, assim como devem ter seus direitos garantidos e respeitados. O tratamento da pessoa que faz uso de drogas tem o dever de promover a dignidade, autonomia, integridade física e a privacidade.

A falta de conhecimento dos direitos específicos do paciente em saúde mental dificulta que o estabelecimento proporcione um tratamento satisfatório e de qualidade. Quando o referencial do direitos humanos é aplicado nos cuidados em saúde, a probabilidade do tratamento ser efetivo é maior⁸⁹.

Como forma de demonstrar as violações de direitos humanos passíveis de ocorrerem em CT's, apresenta-se a tabela abaixo que contém práticas efetivadas em CT's, conforme a Ação conjunta do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) com o objetivo de fiscalizar as CT's no ano de 2017/2018⁹⁰.

87 Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018

88 Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá; 2016

89 Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá; 2016

90 Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

Direito humano	Práticas verificadas em CT's	Conteúdo dos Direitos Humanos dos Pacientes
Direito de não ser discriminado	Orientação sexual; desrespeito à liberdade de crença religiosa.	A legislação é necessária para prevenir a discriminação. Ninguém deve receber tratamento diferenciado devido sua raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Via de regra, a discriminação assume muitas formas, afeta diversas áreas fundamentais da vida da pessoa.
Direito ao respeito pela vida privada	Pacientes eram mantidos isolados da sociedade sem contato com familiares; Documentos pessoais retidos; correspondência violada	O direito ao respeito pela vida privada está ligado à questão da interferência na vida e aos danos que podem ser acarretados a partir disso. Esse direito abrange a privacidade corporal, de informação de dados, de comunicação e territorial.
Direito de não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamento cruéis, desumanos e degradantes	Agressões físicas como punição; Infraestrutura e higienização inadequada; Serviço braçal forçado e sem remuneração; Excesso de medicação usada como contenção e sem acompanhamento médico.	O direito de não ser submetido à tortura e a tratamento cruel, desumano ou degradante, protege os pacientes esse grupo vulnerável contra abusos ou negligências graves que podem ferir a sua integridade ou causar riscos a sua vida.

Tabela1. Direitos Humanos dos Pacientes e práticas verificadas em CT's

Direito à vida	Agressões físicas, medicações em excesso	A pessoa dependente de drogas ou que possui transtorno mental possui o direito de obter um tratamento digno. O fato de a pessoa ter um problema de saúde ou transtorno não a torna menos humana. O direito à vida ser fundamental e inerente a todos os seres humanos, há a obrigação do Estado em protegê-lo, bem como em investigar e punir de acordo com o procedimento legal eventuais violações a esse direito.
----------------	--	--

Fonte: elaborada por Thatiana Ayres.

5. Eletroconvulsoterapia sob a perspectiva dos Direitos Humanos dos Pacientes

Thatiana Ayres; Meyriani Lima

No início do ano de 2019, foi elaborada a Nota Técnica 11/2019 pelo Ministério da Saúde – MS, que alterou a política de saúde mental e drogas. No documento constava a utilização de eletroconvulsoterapia - ECT (eletrochoque) como recurso terapêutico a ser utilizado nos cuidados de pessoas com transtornos mentais e o financiamento dos aparelhos para o uso em serviços públicos de saúde. Essa mudança acarretou várias reflexões sobre a temática, notadamente devido à reduzida utilização da ECT nos serviços de saúde⁹¹.

Contextualizando a história da ECT no Brasil, a ECT iniciou a ser empregada no tratamento terapêutico de pacientes da saúde mental na década de quarenta, com expansão na década subsequente. A técnica consiste em indução de crises convulsivas a partir de descargas elétricas, assim, a ECT foi utilizada originalmente no tratamento da esquizofrenia, com o objetivo de aliviar os sintomas psiquiátricos. No entanto, seu uso inadequado fez com que a ECT passasse a ser associada a método de controle, punição, tratamento cruel e desumano, que fomentava ainda mais o sofrimento emocional das pessoas⁹².

O declínio da ECT ocorreu em 1980, com a inserção dos medicamentos antipsicóticos e antidepressivos na psiquiatria para os casos de transtornos mentais graves⁹³.

No início, a ECT era administrada sem anestesia (não modificada), havia efeitos colaterais das convulsões⁹⁴, como fraturas graves e prejuízos à saúde física do paciente. O procedimento era realizado sem o consentimento do paciente. Com relação à prática no passado, em alguns casos a tensão alta do eletrochoque levava o paciente à óbito⁹⁵. Em 2002, a Resolução CFM nº 1.640/2002, normatizou a ECT, estabelecendo os benefícios, as indicações e as condições técnicas em que deveria ser realizada. A Resolução informa que a ECT deve ser realizada somente mediante de anestésicos (modificada), que é necessário realizar uma avaliação prévia do estado clínico do paciente. Estabelece que a indicação e a realização do tratamento não devem ser omitidas do paciente e se faz necessária a obtenção do consentimento informado do paciente.

91 Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 20 out. 2019.

92 ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração, 2013.

93 OLIVEIRA, WF. Eletroconvulsoterapia (ect) / eletrochoque: a produção de evidências sobre seu uso, eficácia e eficiência. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, v. 11, n. 28; 2019. Disponível em: <http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5562/5433> Acesso em 20 out. 2019.

94 LEIKNES, Kari Ann; SCHWEDER, Lindy Jarosh-von; HØIE, Bjørg. Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381633/> Acesso em 20 out. 2019

95 ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração, 2013.

O documento da Organização Mundial da Saúde - OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação informa que: a) o uso de ECT em crianças e adolescentes deve ser proibida por legislação; b) em situações de emergência a ECT não deve ser realizada; c) caso o paciente tenha uma crise e for considerado incapaz para consentir com o tratamento, poderá deixar um documento por escrito informando sua decisão sobre o procedimento (diretriz de antemão sobre sua futura atenção à saúde) ou comunicar a sua decisão às pessoas de sua confiança, dessa forma, o médico poderá decidir sobre o tratamento, levando em consideração a vontade e as preferências do paciente, em primeiro lugar, bem como seus melhores interesses e as opiniões das pessoas de confiança do paciente⁹⁶.

No ano de 2018, foi elaborado o Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos A /HRC/39/36. Na Assembleia os participantes discutiram saúde mental como direitos humanos e chegaram à conclusão que, as situações que envolviam cuidados em saúde mental, poderiam ser melhoradas através de estratégias e serviços baseados em direitos humanos, a fim ser enfrentado o estigma, a discriminação, a coerção, o abuso e a violência física e psíquica no campo da saúde mental⁹⁷.

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos condenou o tratamento forçado institucionalizado, que fomenta a segregação, como também expressou ser contrário à medicação forçada e à ECT. Recomendou aos Estados que garantissem acesso a serviços diversos e que, apoiassem as pessoas com transtorno mental ou que fazem uso problemático de álcool e drogas. Ainda, enfatizou a importância da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que oferece fundamento para defender os direitos dos pacientes em saúde mental, tais como: consentimento livre, direito à vida, à participação na sociedade, direito à liberdade, a segurança, entre outros⁹⁸.

O Relator especial sobre tortura e outros atos cruéis, desumanos ou degradantes da Organização das Nações Unidas - ONU recomendou aos Estados que adotassem legislações que reconheçam a capacidade jurídica das pessoas com deficiência psicossocial, transtorno mental, ou que fazem o uso problemático de álcool e drogas, vinculadas ao apoio e à vida em comunidade. Ressaltou a importância de o Estado facilitar a desinstitucionalização dessas pessoas e promover seu bem estar biopsicossocial. Quando a sociedade é inclusiva, a discriminação e a marginalização podem ser eliminadas ou diminuídas. Ressalta-se que nesta reunião estava presente a Representante Permanente do Brasil no Escritório das Nações Unidas em Genebra⁹⁹. A representante ressaltou a importância de impulsionar garantias

96 OMS. Livro de Recursos da OMS Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação, 2005. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em 20 out. 2019.

97 ONU. Saúde Mental e Direitos Humanos. Relatório anual do Alto Comissariado das Nações Unidas Direitos Humanos e relatórios do Escritório da Alto Comissário e Secretário-Geral. A/ HRC/39/36, 2018. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/HRC/39/36>. Acesso em 20 out. 2019.

98 ONU. Saúde Mental e Direitos Humanos. Relatório anual do Alto Comissariado das Nações Unidas Direitos Humanos e relatórios do Escritório da Alto Comissário e Secretário-Geral. A/ HRC/39/36, 2018. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/HRC/39/36>. Acesso em 20 out. 2019.

99 ONU. Saúde Mental e Direitos Humanos. Relatório anual do Alto Comissariado das Nações Unidas Direitos Humanos e relatórios do Escritório da Alto Comissário e Secretário-Geral. A/ HRC/39/36, 2018. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/HRC/39/36>. Acesso em 20 out. 2019.

para que as políticas públicas e as práticas de saúde mental fossem alinhadas com os direitos humanos. Recordou, também, as parcerias do Brasil com diferentes iniciativas para tornar a saúde mental como prioridade em direitos humanos¹⁰⁰.

Destaca-se a importância do *QualityRights* na promoção dos direitos humanos em saúde mental. Segundo Funk, a ferramenta promove impacto significativo de mudança de atitudes, serviços e práticas de saúde mental. Assim como, propicia aos serviços e profissionais de saúde mental o reconhecimento do direito de informar o paciente sobre a sua saúde e as opções de tratamento disponíveis. O *QualityRights* visa melhorar a qualidade do cuidados em saúde mental, utiliza uma abordagem participativa que torna o paciente ator central do seu cuidado em saúde mental. Em caso da aplicação da ECT como tratamento, o procedimento não deve ser realizado de forma abusiva e só pode ser administrado com o consentimento informado do paciente.

A obtenção do consentimento informado para o tratamento é essencial, assim, deve-se respeitar o direito à capacidade jurídica do paciente. Quando as pessoas são informadas sobre o tratamento sugerido, incluindo os benefícios e riscos, podem tomar sua própria decisão. Em cuidados em saúde, termos técnicos devem ser evitados, pois dificultam a compreensão do paciente da sua condição e da ECT, inclusive de seus efeitos adversos. A cultura e as necessidades particulares dos pacientes, caso tenha alguma dificuldade de compreensão ou deficiência devem ser consideradas. O consentimento do paciente deve ser voluntário e sem ameaça e coerção, os profissionais não podem ocultar informação do paciente ou manipulá-lo a fim de induzir à aceitação da ECT, como dizer que “o tratamento realizado será de uma terapia de sono”. A decisão sobre o tratamento deve ser totalmente respeitada pelos profissionais envolvidos. O direito ao consentimento informado inclui o direito do paciente diante de toda explanação, recusar o tratamento a ECT.

A atuação com base nas prescrições ético-jurídicas favorece a redução dos casos de violação de direitos humanos e auxilia de uma melhor forma o paciente no processo de sua recuperação. Os fatos do passado da ECT e o que ela representa na dimensão sociocultural do país impele à profunda reflexão sobre seu lugar não apenas como ato médico ou uma terapêutica necessária, mas também como um instrumento de opressão e controle. Portanto esta técnica terapêutica deve ser evitada, por não ser recomendada pelos instrumentos internacionais e documentos em saúde mental da ONU e da OMS. Esses documentos designam obrigações para os Estados e, devem ser cumpridos, como forma de promover a efetivação dos direitos dos pacientes, os protegendo assim contra situações violadoras de sua saúde e dignidade.

100 ONU. Saúde Mental e Direitos Humanos. Relatório anual do Alto Comissariado das Nações Unidas Direitos Humanos e relatórios do Escritório da Alto Comissário e Secretário-Geral. A/HRC/39/36, 2018. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/HRC/39/36>.

6. Medicalização em Saúde Mental e Direitos Humanos

Luana Lima, Fernanda Bastos e Biancha Angelucci

6.1. O que é medicalização?

O termo “medicalização” foi definido por Illich em 1981¹⁰¹ como uma técnica de colonização médica da vida. Em outras palavras¹⁰² esta corresponde a um dispositivo com poder de transformar vivências humanas, especialmente as indesejáveis ou perturbadoras, em objetos da saúde, deslocando o que é originalmente da ordem do social, moral ou político, para os domínios da ordem médica e práticas afins¹⁰³.

Conrad, estudioso da Sociologia da Saúde, discutia, já na década de 1970, a medicalização como produção em que comportamentos tomados como desviantes - e portanto, alvo de juízo moral - recebem a chancela científica de patologias a serem tratadas e curadas, intensificando a relação entre saber médico e controle social de condutas¹⁰⁴. Tal deslocamento da lógica moral para o campo da doença foi muito bem recebido, posto que confere legitimidade à narrativa do indivíduo sobre determinado comportamento, agora, não mais tomado como expressão de imoralidade, mas da patologia. Tal processo tem implicado, segundo Conrad: o controle do tema por *experts*; o tratamento como estratégia de controle social; a individualização dos problemas sociais; a despolitização do desvio. Décadas mais tarde, em 2007, Conrad complementou essa linha de raciocínio, explicitando que a chave do fenômeno da medicalização está na descrição: um problema definido em termos médicos, descrito em termos médicos, entendido a partir da estrutura médica, tratado com intervenções médicas¹⁰⁵.

A apropriação dos fenômenos naturais da vida pela medicina teve como uma das suas principais repercussões a elasticidade dos critérios diagnósticos. “O jogo consiste em introduzir uma maior lassitude nos critérios diagnósticos para incorporar na definição do patológico situações habituais da adversidade humana.”¹⁰⁶. Protótipo da nova razão diagnóstica, o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM)¹⁰⁷ se tornou referência internacional para identificar e

101 ILLICH I. A Expropriação da Saúde – Nêmesis da Medicina. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Editora Nova Fronteira, 4ª edição. Rio de Janeiro, 1981.

102 FREITAS F., AMARANTE, P. A. Medicalização em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

103 CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, v. 23, n. 1, p. 12–21, out. 1975.

104 CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, v. 23, n. 1, p. 12–21, out. 1975.

105 CONRAD, P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

106 MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolítica das aflições. In: BRZOZOWSKI, F.S.; HELLMANN, F.; VERDI, M.; CAPONI, S. Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. Curitiba: Prismas, 2013.

107 ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtor-

determinar as condições de adoecimento psíquico. Desde o volume III, sua construção foi atravessada pela força da indústria farmacêutica, que segundo Coser¹⁰⁸, atualiza uma prática de multiplicação dos diagnósticos, a disseminação dos mesmos, bem como a criação de novas classes de medicamentos que remodelam doenças já existentes.

A primeira edição do documento, em 1953, registrou em suas 541 páginas, 128 categorias diagnósticas; a sua última edição (volume V), publicada em 2013, apresenta 541 categorias num livro de 947 páginas¹⁰⁹. O alarmante número de transtornos abre espaço para questionamentos epistemológicos, que com frequência são acompanhados por uma crítica discursiva no que diz respeito ao enquadramento sintomatológico dos sujeitos. “Situamo-nos assim em um território sem limites epistemológicos definidos, sem marcadores nem testemunhas confiáveis, mas é justamente essa ambiguidade que permite a crescente multiplicação de diagnósticos.”. A tônica documental corresponde ao processo que Birman e Oliveira nomearam de “a psiquiatrização dos normais”.

Nesse sentido, no DSM-V é possível detectar uma significativa dissolução das fronteiras entre o normal e o patológico. Paradigma dessa lógica que alicerça a subjetivação contemporânea, Oliveira se debruça sobre o fenômeno do luto, que apesar das semelhanças sintomatológicas com a depressão, foi tradicionalmente tomado pela própria medicina, como um processo natural e mesmo adaptativo diante de perdas expressivas¹¹⁰.

O DSM-V¹¹¹ acabou por retirar o luto dos critérios de exclusão para o diagnóstico de depressão, criou a síndrome “transtorno do luto complexo persistente”, ao passo que autenticou como possibilidade a intervenção medicamentosa no luto após 15 dias da sua ocorrência. Ademais, a utilização da concepção de “espectro” no diagnóstico de autismo faz borrar ainda mais as fronteiras diagnósticas, com a pretensa intenção de explicar a variação de sintomas e comportamentos de pessoas com transtornos do espectro autista.

nos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estatístico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. BASHFIELD R, KEELEY J, FLANAGAN E, MILES S. The cycle of medication: DSM-I through DSM-5. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2014.10:25-51.

108 SER, O. O campo de provas da depressão. In: OLIVEIRA, C.; MULLER, R.F. (orgs.) *Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ Faperj, 2017.

109 SER, O. O campo de provas da depressão. In: OLIVEIRA, C.; MULLER, R.F. (orgs.) *Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ Faperj, 2017.

110 SER, O. O campo de provas da depressão. In: OLIVEIRA, C.; MULLER, R.F. (orgs.) *Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ Faperj, 2017.

111 ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estatístico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. BASHFIELD R, KEELEY J, FLANAGAN E, MILES S. The cycle of medication: DSM-I through DSM-5. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2014.10:25-51.

Tal ampliação de critérios diagnósticos é importante fator de produção do que vem sendo chamado de “epidemia de diagnósticos”¹¹².

Outro exemplo dessa racionalidade é denunciado por Martínez-Hernández: a falta de definição dos estados depressivos, especialmente leves, facilita para que qualquer estado de ânimo que implique abatimento possa ser medicalizado; como exposto a seguir: a combinação de “sentimentos de desesperança” e “baixa autoestima” ou a semelhante “dificuldade para se concentrar” e “falta de energia”. O autor leva em consideração a necessidade de prolongamento do tempo desses sintomas, mas indica que, não é preciso muita perspicácia para reparar que são combinações de afetos e sentimentos que, com toda certeza, existem na trajetória vital de qualquer sujeito¹¹³.

Coser afirma que a conexão dessa racionalidade com a integridade biológica, estendida a uma funcionalidade psíquica que permita o indivíduo produzir e consumir, levou à proliferação de medidas sociopolíticas e de programas e políticas públicas. Estas, segundo o autor, são melhores compreendidas quando incluem a dimensão moral, uma vez que são orientadoras e ampliam a análise política. Nessa perspectiva, os adoecidos, excluídos e/ou desviantes, entendidos como aqueles que sofrem mentalmente, precisam de atenção à saúde. Considerar a banalização dos transtornos é imperativo, ao passo que se faz necessário diagnósticos e acompanhamentos terapêuticos mais criteriosos e comprometidos com os direitos humanos dos pacientes¹¹⁴.

Assim, há que compreender a medicalização, não como um fenômeno adstrito à Medicina ou aos profissionais que a praticam, mas a uma lógica que constitui nossa sociedade, uma ação coletiva e diligente que é adotada como fonte explicativa para um conjunto de formas de viver tomadas como desajustadas, não por inadequação do indivíduo, mas por disfunção do organismo¹¹⁵.

Nesse sentido é que se pode afirmar que medicalizar um fenômeno social é despolitizá-lo, descontextualizando os determinantes sociais dos processos saúde-doença e culpabilizando o indivíduo por sua condição, sendo esta reduzida ao binômio normal-patológico.

Pensar a medicalização, no contexto da saúde mental, a partir da ótica dos Direi-

112 ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico>. BASHFIELD R, KEELEY J, FLANAGAN E, MILES S. The cycle of medication: DSM-I through DSM-5. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014.10:25-51.

113 MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolítica das aflições. In: BRZOZOWSKI, F.S.; HELLMANN, F.; VERDI, M.; CAPONI, S. Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. Curitiba: Prismas, 2013.

114 SER, O. O campo de provas da depressão. In: OLIVEIRA, C.; MULLER, R.F. (orgs.) Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade. Rio de Janeiro: Contra Capa/ Faperj, 2017.

115 CONRAD, P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

tos Humanos é algo inexorável. De acordo com a Corte Europeia de Direitos Humanos as pessoas têm o direito de tomar decisões que concernem a sua saúde. Inclusive decisões essas, que possam resultar em morte. É dever do profissional, assegurar o direito do paciente à informação, principalmente no que diz respeito às suas próprias informações de saúde. É importante que se estabeleça uma comunicação clara e efetiva, para que o paciente possa se apropriar daquilo que está acontecendo com o seu próprio corpo.

6.2. Medicalização e Direitos Humanos

Constitui-se como violação dos direitos humanos negar ao paciente o acesso à sua condição de saúde, o que implica conhecimento sobre: diagnóstico; existência de alterações em seu funcionamento e seus possíveis efeitos; opções de sistemas de apoio, cuidado ou tratamento, perspectivas de prognóstico; análise consequências das diferentes decisões possíveis; expressão de suas vontades; respeito às suas decisões.

Tendo em vista o escopo teórico dos Direitos Humanos dos Pacientes, o qual legitima uma abordagem holística do paciente e que tem como um dos princípios o modelo de cuidado centrado no paciente diversas questões como, por exemplo, exclusão social e não discriminação são pontos chave. Nesse sentido, dentro do campo da saúde mental, haja vista, as discussões problematizadas acima, a pessoa que apresenta algum nível de adoecimento psíquico, deve ser legitimado como agente fundamental do seu próprio cuidado, e, portanto, esse sujeito/paciente deve fazer parte, ativamente dos processos que envolvem as decisões terapêuticas, dentro do seu processo saúde-doença.

Em consonância com o processo de reforma psiquiátrica e com a Política Nacional de Saúde Mental, de 2011, a qual busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, foi promulgada em 2011, a Portaria nº 3088¹¹⁶, que estabelece a RAPS. Esta configura um modelo de atendimento que proporciona o acesso e a promoção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A garantia da livre circulação das pessoas pelos dispositivos de atendimento da rede, assim como a sua inserção e a legitimação desta inserção na comunidade e na sociedade trazem infinitos benefícios terapêuticos.

Nesse momento, dentro dessa seara da saúde mental o referencial teórico dos Direitos Humanos e o dos Direitos Humanos dos Pacientes, se entrecruzam. Ao passo que esse modelo de atendimento autentica o sujeito como sujeito de direitos, os seus dispositivos de atendimento como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, entre outros, se organizam a partir da lógica de atendimento centrado no paciente. De acordo com Mosser e Begun, este é pautado no reconhecimento da autonomia, dignidade, sensibilidade e autoconhecimento do paciente, e deve prevalecer na oferta de cuidados em saúde, tendo como objetivo central o bem estar global do paciente¹¹⁷.

116 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

117 MOSSER, G; BEGUN, J.W. Compreendendo o trabalho em Equipe de Saúde. Porto Alegre: AMGH, 2015.

Nesse sentido, entende-se que a perspectiva do paciente deve-se tornar o principal objetivo dos cuidados de saúde. O protagonismo do paciente enquanto agente da sua saúde e do seu cuidado em saúde suplanta o modelo paternalista de atenção à saúde, no qual o paciente assume uma posição de agente passivo do seu próprio cuidado.

Para Sullivan, “a autonomia do paciente é um antídoto para o paternalismo médico que surge da justaposição ‘moderna’ da subjetividade do paciente e da objetividade do médico”¹¹⁸. Destarte, é notório que no modelo de cuidado centrado no paciente, o sujeito é convocado a todo tempo a assumir uma postura ativa diante da sua condição clínica, diante da sua saúde, de forma ampla, incluído inclusive momentos limítrofes como situações de enfermidades graves e situações de crise psíquicas, por exemplo¹¹⁹. Como afirmam Amarante e Nunes, a produção e sustentação de um lugar social para a experiência da loucura é princípio da Reforma Psiquiátrica¹²⁰:

Este aspecto pode ser considerado uma das principais referências para que se construísse outras estratégias e dispositivos políticos, sociais e culturais, e não apenas clínicos e terapêuticos. Uma destas estratégias foi, potencialmente, o estímulo à participação social na construção das políticas, tanto no âmbito dos serviços, quanto nos fóruns mais gerais (conferências, audiências públicas, conselhos de saúde, e outros espaços) além, evidentemente, de um forte protagonismo enquanto sujeitos do movimento anti-manicomial, ou de empoderamento.

Ao contrário do preconizado, a saúde mental no Brasil tem como marcas, a institucionalização da medicalização por um lado, e por outro, mecanismos baseados na tutela. Pautado pela suposta periculosidade, esses indivíduos são comumente silenciados em suas narrativas¹²¹ e controlados pelo Estado. A estratégia de proteção supõe proteger o agente moral contra si mesmo, enquanto invisibiliza, exclui, aniquila e apaga diversas formas de existências. A tutela, nesse caso, não é só paternalista, ela é destrutiva.

A dimensão da violência é central nessa estratégia porque “em nome do progresso”, se mata politicamente sujeitos¹²².

Não há como discorrer sobre o tema da saúde mental e não levantar um histórico robusto de violação de direitos humanos. A história denunciada pelo livro da

118 SULLIVAN, Mark D. *The Patient as Agent of Health and Health Care*. New York: Oxford University Press, 2017, p.281.

119 LIMA, L. *Moralidades correntes sobre suicídio em unidades de saúde e seu impacto na assistência: uma análise na perspectiva da Bioética de Proteção*. 2018. 134 f., il. Dissertação (Mestrado em Bioética). Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

120 AMARANTE, P.; NUNES, M.de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 2067-2074, Jun 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000602067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 set. 2019.

121 ARBEX, D. *O Holocausto Brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortos no maior Hospício do Brasil*. São Paulo: Geração, 2013

122 ARBEX, D. *O Holocausto Brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortos no maior Hospício do Brasil*. São Paulo: Geração, 2013

autora Daniela Arbex em “O Holocausto Brasileiro” traz a narrativa do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, mais conhecido como Colônia Barbacena¹²³. É um triste exemplo de como a “loucura” (o adoecimento mental), foi negligenciada diante do seu estatuto de sofrimento até muito recentemente, e como ela serviu, em uma concepção bastante ampla, para legitimar as relações de poder exercidas sobre os sujeitos considerados “desviantes” (prostitutas, homossexuais, mulheres solteiras com filhos, alcoolistas, etc.). O poder psiquiátrico pautado nos discursos nosográfico e nosológico da loucura estabeleceu durante muito tempo o modelo de asilar de tratamento, o qual, como fica claro no livro, institucionalizou uma forma de exclusão, violência e violação de direitos. Mais uma vez, é preciso evocar o texto de Amarante e Nunes:

Em que pese eventuais críticas e comentários, por vezes necessários e justos, à condução da política, é importante reconhecer muitos avanços ocorridos na RP brasileira. Uma delas é a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Considerando o investimento em serviços de atenção psicossocial, especialmente em CAPS, que em 2014 ultrapassam a cifra dos 2 mil, e alcançam uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes, os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto que, revertendo a política, os gastos com atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Em 2014, foram registrados 610 SRT´s com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas e o Programa de Volta Para Casa passou a ter 4.349 beneficiários e as iniciativas de geração de renda chegaram a 1.008¹²⁴.

Vale a pena, nesse ponto da discussão, enfatizar que, diante das transformações políticas que o país enfrenta, uma nova política de saúde mental foi adotada no início desse ano, por meio da Nota Técnica nº 11/2019. Tal política pode ser considerada no mínimo disruptiva, tendo em vista o retrocesso que ela acarreta, ao legitimar as internações psiquiátricas involuntárias, por exemplo. Ou seja, essa política fere tanto o referencial dos Direitos Humanos, quanto o referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes.

123 ARBEX, D. O Holocausto Brasileiro: Vida, genocídio e 60 mil mortos no maior Hospício do Brasil. São Paulo: Geração, 2013

124 AMARANTE, P.; NUNES, M.de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 2067-2074, Jun 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000602067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 set. 2019, p. 2072.

7. Considerações finais e recomendações

Laura Boeira

O respeito aos direitos humanos dos pacientes com questões de saúde mental é um pilar fundamental da integração social e da efetividade dos cuidados em saúde. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, expressa de forma nítida um rol de direitos da pessoa com transtorno mental que, conforme este Relatório demonstrou, não estão sendo observados em nosso país, a saber:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; e
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

São recomendações deste Relatório:

- a) Que os governos das esferas nacional, estaduais e municipais respeitem a Lei nº 10.216, de 2001 e atuem na garantia dos direitos afirmados nessa legislação.
- b) Que os órgãos de fiscalização sigam realizando vistorias periódicas a estabelecimentos de saúde (públicos, privados e filantrópicos) que se propõem a prestar cuidado para pacientes com questões de saúde mental, de modo a verificar a existência de violações de direitos humanos dos pacientes;
- c) Que sejam adotadas medidas para impossibilitar que estabelecimentos de saúde onde foram verificadas práticas de violação de direitos humanos dos pacientes recebam novos pacientes e recursos públicos;
- d) Que os cursos de graduação na área da saúde incluam disciplinas e debates transversais sobre saúde mental, uso de álcool e outras drogas, capacitando os profissionais em formação no debate de cuidado baseado em evidên-

cias e no respeito aos direitos humanos dos pacientes;

- e) Que sejam realizadas reuniões e formações a membros do Poder Executivo, do Poder Judiciário e do Poder Legislativo local voltadas ao aprofundamento do debate sobre saúde mental no Brasil, de modo a garantir que novas políticas, projetos de Lei e decisões judiciais não violem os direitos humanos dos pacientes;
- f) Que os pacientes com questões de saúde mental sejam consultados e informados sobre quaisquer intervenções ou alterações no seu cuidado em saúde, com priorização de ofertas de base comunitária e, se necessário, internações de curta duração.



OBSERVATÓRIO
DIREITOS DOS PACIENTES